



TORNE-SE UMA MÃO AMIGA NESTA IMPORTANTE CAMPANHA!

O Hospital Erastinho será a primeira instituição do Paraná especializada em combater o câncer infantojuvenil. Para colocar este projeto em prática, o Hospital Erasto Gaertner precisa de você e da sua colaboração! Através da Campanha Mão Amiga, o convidamos para apoiar esta iniciativa e proporcionar esperança a milhares de crianças e adolescentes que enfrentam a doença!

Uma nova estrutura proporcionará um espaço agradável e exclusivo para crianças, humanizando ainda mais o tratamento. Serão 4.800 m², com 39 leitos de internamento privativos e semi-privativos, consultórios e espaço recreativo com brinquedoteca, tudo voltado para o melhor tratamento dos pequenos pacientes.

Faça um investimento social responsável preenchendo as informações a seguir e pertença a esta nobre causa.

Como contrapartida, você receberá um certificado em seu nome e um imã do Projeto Padrinhos do Erastinho, simbolizando o apoio à construção do Hospital Erastinho.

Sua empresa ou organização social, por meio da colaboração de seus associados, colaboradores ou clientes, poderá eternizar o nome nas dependências do novo hospital em um espaço totalmente dedicado aos grandes parceiros da campanha.

MAIS INFORMAÇÕES:

www.erastinho.com.br

[f/hospitalerastinho](https://www.facebook.com/hospitalerastinho) [@hospitalerastinho](https://www.instagram.com/hospitalerastinho)

☎ 0800.643.4888

PREENCHA A FICHA E AUTORIZE A SUA DOAÇÃO

DOAÇÃO PARA PROJETO PADRINHOS:

() Pessoa Física R\$ _____ x 12 parcelas
(mínimo R\$ 40,00)

() Pessoa Jurídica R\$ _____ x 12 parcelas
(mínimo R\$ 80,00)

DOAÇÃO DE VALORES INFERIORES*

(mínimo R\$ 10,00)

() Pessoa Física R\$ _____ x (____) parcelas

() Pessoa Jurídica R\$ _____ x (____) parcelas

FORMAS DE DOAR PARA O HOSPITAL ERASTINHO:

COPEL

() Autorizo o débito em minha conta de luz COPEL

Número da unidade consumidora: _____

AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO PELO TITULAR DA CONTA OU SEU CÔNJUGE

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

OI

DDD: (____)

Telefone: (____) _____ - _____

Para cancelar a doação basta ligar para
0800 643 4888

Normativo para doações via conta de luz COPEL. Atenção: a doação só pode ser autorizada pelo titular da conta ou seu cônjuge. Estou ciente que: 1) Terei o valor acima somado à minha conta de luz. 2) Caso discorde do valor acima, posso pedir por telefone à Copel que envie a nova fatura, apenas com o valor da conta. 3) Caso possua débito automático, deverei avisar pelo menos 4 dias úteis antes do vencimento. 4) Ao mudar de endereço, deverei comunicar o Marketing Social do Erasto Gaertner por telefone. 5) A solicitação de devolução de valores pagos ou alteração no valor da doação deve ser feita diretamente ao Hospital Erasto Gaertner, pelo telefone 0800 643 4888.

DADOS CADASTRAIS DO DOADOR

Empresa/Org. Social: **UVEPAR**

Nome: _____

CPF: _____

Telefone residencial: _____

Telefone comercial: _____

Celular: _____

Endereço completo: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

E-mail: _____

PREENCHER E ENVIAR PARA O HOSPITAL ERASTO GAERTNER NAS SEGUINTE OPÇÕES:

VIA CORREIO: Rua Dr. Ovande do Amaral, 201
Jardim das Américas, CEP: 81520-060
Curitiba - PR - Brasil

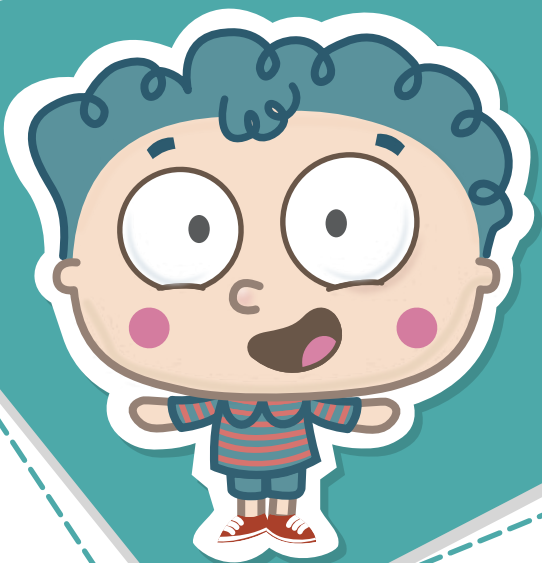
VIA FAX: (41) 3361-5136

VIA E-MAIL: doacoes@erastogaertner.com.br

VIA PROJETO EMPRESAS: Entregar no setor de RH da sua empresa

VOCÊ PODE FAZER A DIFERENÇA NO FUTURO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER!

COLABORE COM A CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL ERASTINHO.



Carta
Resposta
0031000045/2003
DR/PR
LIGA P.R.C.
CÂNCER
CORREIOS

CARTA-RESPOSTA NÃO É NECESSÁRIO SELAR

POSTAGEM AUTORIZADA



HOSPITAL ERASTO GAERTNER

AC CENTRAL DE CURITIBA
80001-999 CURITIBA/PR



ERASTO GAERTNER

COMBATER O CÂNCER COM HUMANISMO, CIÊNCIA E AFETO