



Continuing Our
Mission
 Expanding The
Kingdom

St. Margaret Mary Catholic Church

1101 W. New Hope Dr.
 Cedar Park, TX 78613
 (512) 259-3126

NAME _____

ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

EMAIL _____

SIGNED _____ PHONE# _____

Please make checks payable to * *Por favor haga su cheque a nombre de:*
St. Margaret Mary

Your contribution is tax deductible. *Su contribución es deducible de su impuestos.*
 For stock contributions, we will contact you. *Para las contribuciones de valores, nos pondremos en contacto con usted.*

CAPITAL CAMPAIGN PLEDGE

TOTAL GIFT	36 MONTHLY
<i>TOTAL DE LA DONACION</i>	PAYMENTS
	<i>36 PAGOS MENSUALES</i>

\$50,000.00.....\$1,389.00

\$25,000.00.....\$694.00

\$10,000.00.....\$277.00

\$5,000.00.....\$139.00

\$3,000.00..... \$83.00

\$1,000.00.....\$28.00

Other/Otro _____

Stock/Investments/Valores/Inversiones

TOTAL PLEDGE

Ofrenda Total

\$

AMOUNT ENCLOSED

Cantidad Incluida

\$

BALANCE

Balance

\$

CREDIT CARD PAYMENT INSTRUCTIONS
INSTRUCCIONES DE PAGO CON TARJETA DE CREDITO

Visa MasterCard Discover American Express

CREDIT CARD / TARJETA DE CRÉDITO #: _____

EXPIRATION DATE / FECHA DE VENCIMIENTO: _____ / _____

NAME (as it appears on card) / **NOMBRE** (como aparece en la tarjeta):

CITY / CIUDAD: _____ **STATE / ESTADO:** _____ **ZIP:** _____

EMAIL: _____

Pledge Amount / Monto de la Promesa \$ _____

Charge Amount / Cargo de monto \$ _____

Monthly Quarterly Semi-annually Annually

Payment Start Date / Fecha de inicio de pago: _____

SIGNATURE / FIRMA: _____

DATE / FECHA: _____

DIRECT DEBIT PAYMENT INSTRUCTIONS
INSTRUCCIONES DE PAGO DIRECTO DE DÉBITO

NAME / NOMBRE: _____

ADDRESS / DIRECCIÓN: _____

CITY / CIUDAD: _____ **STATE / ESTADO:** _____ **ZIP:** _____

EMAIL: _____

ACCOUNT # / NÚMERO DE CUENTA: _____

CHECK # / Compruebe el número de cheque: _____

ROUTING # / NÚMERO DE RUTA: _____

Pledged Amt / Monto de la Promesa \$ _____

Withdrawal Amt / Cantidad a retirar \$ _____

Monthly Quarterly Semi-annually Annually

Payment Start Date / Fecha de inicio de pago: _____

SIGNATURE / FIRMA: _____

DATE / FECHA: _____

IMPORTANT: Please complete all information and/or include a blank voided check.

IMPORTANTE: Por favor complete toda la información y / o incluir un cheque en blanco anulado.