



Hartford HealthCare
St. Vincent's Medical Center

Pledge Invoice

WICC Radiothon

Swim Across the Sound



PLEDGE AMOUNT \$ _____

I would like a Bridgeport Ferry Pass (gifts over \$50)

I WISH TO REMAIN ANONYMOUS

FIRST NAME ON CARD:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LAST NAME ON CARD:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STREET ADDRESS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITY:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STATE/ZIP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HOW WILL YOU BE PAYING?

CHECK - make payable to:
St. Vincent's Medical Center

CREDIT CARD
CIRCLE ONE:

VISA MASTERCARD AMEX DISCOVER

CREDIT CARD NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EXPIRATION DATE: _____

EMAIL ADDRESS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PHONE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BUSINESS NAME:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLEASE RETURN PLEDGE PAYMENT TO:

ST. VINCENT'S MEDICAL CENTER, PHILANTHROPY DEPARTMENT
2800 MAIN STREET, BRIDGEPORT, CT 06606

THANK YOU AGAIN FOR YOUR SUPPORT

COMMENTS: (PLEASE PRINT CLEARLY)

IN MEMORY OF

IN HONOR OF

PROUD SUPPORTER

For Office Use: _____