 社團法人台灣結節硬化症協會 20080905-

信用卡捐款轉帳付款授權書

填表日期： 年 月 日

 　　 捐款人編號：

|  |
| --- |
| **捐款人基本資料** |
| 收據抬頭 | □同持卡人□另指定抬頭為: | 身份證字號(統一編號) |  |
| 通訊地址 | □□□ | 日間聯絡電話行動電話 |  |
| 收據寄送 | □每次寄送 | □年度捐款收據(隔年三月起陸續寄發) | 捐款人生日 | 民國　年 月　日  |  |
| 刊物贈閱 | □活動通知 E-Mail: (敬請正楷填寫，以利連繫，亦可節省郵資) |
|  |
| **信用卡捐款資料** |
| 持卡人姓名 |  | 持卡人身份證字號 |  |
| 信 用 卡 卡 號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 發卡銀行 |  |
| 信 用 卡 卡 別 | □VISA □MASTER □JCB □聯合卡 (目前暫無法授理美國運通卡) |
| 持卡人簽名(請與信用卡簽名一致) |  | 信用卡有效期限 |  月/ 年(依卡片順序填寫) |
| 授權碼(捐款人免填) |  |
| 捐款金額(可複選) | □定期捐款金額：新台幣 元(每月20日扣款，至卡片有效期限為止) | □單次捐款金額：新台幣 元 |
| 備註 | 一、本人介紹親人參與資助，請寄簡介給他： 姓名： 地址：二、從何處獲得本會訊息：□本會文宣□網路/電視/廣播媒體 □雜誌 □其他  |

填妥本授權書後請傳真至本會，傳真專線:02-2331 7781

或郵寄至：**100 台北市中正區衡陽路6號8樓之7 809室**

**社團法人台灣結節硬化症協會 收**捐款服務專線：(02) **23318852**

說明：

1. 我們收到您的傳真資料後將主動去電與您確認，並開立正式收據；您亦可來電至本會查詢。
2. 若採郵寄方式，請於郵寄資料前將頁面邊緣黏緊(請勿黏貼到個人資料)，以保護您個人資料安全。
3. 若您信用卡掛失、停用、換卡或升級，請待新卡收到後，來電告知我們，並重新授權，更改您留存於本會捐款資料，以利處理後續捐款事宜；若您要停止捐款，亦請來電告知！

**社團法人台灣結節硬化症協會 誠心為您服務**

 下欄由本會填寫

承辦(收件)人：　　　　　　　　編號: 生效日期：　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 郵 票黏貼處 |

 　　 收件人 : 社團法人台灣結節硬化症協會 收 **100 台北市中正區衡陽路6號8樓之7 809室**   |