

____ 月 授權碼 _____

【 此 欄 位 捐 款 人 請 勿 填 寫 】

親愛的捐款人，平安：

謝謝您對本會一貫的支持與愛護，為了讓您的捐款方式更簡便，您可以使用信用卡每月自動捐款轉帳服務，以節省您的寶貴時間。如有任何疑問，歡迎來電洽詢，願祈天主福佑暨厚酬您！！

- 捐款 2,500 元，即可獲得「高枕無憂」手作拼布抱枕套 1 只，共 份
- 捐款 1,500 元，即可獲得「包你滿意」手作拼布包 1 只，共 份
- 不需要贈品！

財團法人天主教失智老人社會福利基金會
信用卡捐款轉帳授權書

♥捐款人（持卡人）姓名（請寫正楷）

信用卡別：VISA CARD MASTER CARD JCB CARD 聯合信用卡

信用卡號：_____

發卡銀行：_____銀行_____信用卡背面簽名處末三碼：

信用卡有效期限：（西元）20____年____月

持卡人聯絡電話：（日）_____（夜）_____（手機）_____

身份證字號：_____

♥收據抬頭姓名 _____

（請勾選，此收據供申報所得稅用，可分別開立數人收據，但請註明捐款金額）

收據抬頭與持卡人同 請分別開立_____ 不需開立收據

收據寄發地址：____縣市____鄉鎮市區____街路____段____巷
____弄____號____樓之____

♥捐款期間（請勾選其中一種方式）

多次捐款：本人願意從 20____年____月至 20____年____月，共____次，固定每月扣款新台幣____元整。

單次捐款：本人願意於 20____年____月，捐款新台幣____元整。

收據：按月寄送；年度匯總一次寄送；匯整上傳至國稅局系統；不用寄送

刊物（免費）：請寄發紙本，請電郵寄發：____@_____

♥如何得知捐款訊息：親友介紹 會訊 網路 電視 報紙 廣播 其他_____

♥持卡人簽名：_____ 填寫日期：____年____月____日

（請與信用卡簽名相同，謝謝！！）

本會會址：108 台北市萬華區德昌街 125 巷 11 號

聯絡電話：(02)2304-6716 分機 123 聯絡傳真：(02)2332-0877