

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3,000元，舒果餐券壹張+「被遺忘的時光」DVD壹片，共_____份
- 捐款1,000元，「去看小洋蔥媽媽」DVD 壹片，共_____片
- 捐款1,000元，「失智怎麼『伴』」壹本，共_____本
- 捐款1,000元，「有品質的陪伴－失智症病患家屬照護手冊」壹本，共_____本
- 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)_____
- 身分證字號：
- ◆ 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
- ◆ 捐款期間（請勾選其中一種方式）
- 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。
- 本人願意於 20____年____月，捐款新台幣_____元整。
- 收據： 按月寄送， 年度匯整一次寄送， 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：_____年____月____日填寫
(請與信用卡簽名相同，謝謝！！)
本基金會會址：108台北市萬華區德昌街125巷11號
電話：02-23046716 分機100 傳真：02-23320877