

____ 月 授權碼 ____ <b>【 此 欄 位 捐 款 人 請 勿 填 寫 】</b>
---

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！！

<input type="checkbox"/> 捐款 2,000 元，即可獲贈「日落之前+與失智共舞+我親愛的父親」DVD 2 片，共 ____ 份 <input type="checkbox"/> 捐款 1,000 元，即可獲贈「日落之前」DVD 1 片，共 ____ 份 <input type="checkbox"/> 捐款 1,000 元，即可獲贈「與失智共舞+我親愛的父親」DVD 1 片，共 ____ 份 <input type="checkbox"/> 捐款 1,000 元，即可獲贈「健康環狀彈力帶」1 個，共 ____ 份 <input type="checkbox"/> 捐款 1,000 元，即可獲贈「這樣玩不失智」桌遊 1 組，共 ____ 份 <input type="checkbox"/> 捐款 1,000 元，即可獲得「不失智的台式地中海餐桌」1 本，共 ____ 份 <input type="checkbox"/> 捐款 1,000 元，即可獲贈「這樣動不失智」1 本，共 ____ 份 <input type="checkbox"/> 捐款 1,000 元，即可獲贈「健腦工程—預防失智症的 18 堂大腦建築課」1 本，共 ____ 份 <input type="checkbox"/> 捐款 1,000 元，即可獲贈「活出健康」1 本，共 ____ 份 <input type="checkbox"/> 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：\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

♥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 莊小姐 聯絡傳真：(02)2332-0877