

____ 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 1,000 元，即可獲贈

☐失智長者精心設計「串珠手鍊」，隨機不挑款，每條皆是長輩獨一無二手作，共____份
(數量有限)

☐「這樣生活不失智」1 本，共____份

☐「解鎖失智密碼」1 本，共____份

☐「不失智的台式地中海餐桌」1 本，共____份

☐「健腦工程-預防失智的 18 堂大腦建築課」1 本，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：____@_____

♥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