

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！！

- 凡單次捐款 1,500 元，即可獲贈「生命智慧桌遊」1 套，共 套
 捐款 1,000 元，即可獲贈(單選項，限擇一)

□「解鎖失智密碼」1 本，共 份

□「這樣生活不失智」1 本，共 份

 捐款 500 元，即可獲贈(單選項，限擇一)

□「我的美麗日記-東方美人茶透亮精粹面膜 4 入」1 盒，共 份

□「自白肌-玻尿酸涼感防曬噴霧 90ml」1 瓶，共 份

□「《路易斯與布丁》聯名麻布袋」1 個，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 MASTERCARD JCB CARD

信用卡號：

發卡銀行： 銀行

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