



社團法人臺灣雷特氏症病友關懷協會

信用卡捐款 授權書

填表日期：

捐款人編號：(由承辦人填寫)

捐款人姓名		生日		身份證字號	
電子信箱				是否寄送會訊	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
通訊地址	□□□-□□				
電話	() - ; 09-				
收據抬頭			收據寄送	<input type="checkbox"/> 年寄 <input type="checkbox"/> 逐次寄送	
捐款用途	<input type="checkbox"/> 協會統籌運用 <input type="checkbox"/> 常年會費__年 <input type="checkbox"/> 其他_____				
<input type="checkbox"/> 單筆捐款 \$ _____元整					
<input type="checkbox"/> 每月捐款 \$ _____元整					
捐款日期：自__年__月__日，至__年__月__日止。					
備註：當定期捐款到期時，再一份授權書給我。 <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要					
信用卡	信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master card <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡				
	發卡銀行： _____	信用卡卡號： □□□□-□□□□-□□□□-□□□□ 卡片背面後三碼□□□			
	持卡人簽名：(持卡人姓名需與信用卡相符，並願意遵守發卡銀行之約定條約)			信用卡有效期限 MM 月 YY 年	
捐款授權書請傳真至 (07)3723848 高雄辦事處會計部，電話 (07)3724828					
收件日期：		收件人：		承辦人：	

台北辦事處：10042 台北市中正區武昌街一段 77 號 6 樓之 18 TEL：02-23810355 FAX：02-23810708

高雄辦事處：814 高雄市仁武區京吉一路 78 號 TEL：07-3724828 FAX：07-3723848

感謝您的愛心捐款，本會開立之收據可於年度綜合所得稅抵稅之用，以上資料您可以利用傳真或郵寄方式辦理。

您對雷特氏症的每個家庭伸出的不只是援手，而是您內心的善良。祝福您！