

臺灣基督教門諾會醫療財團法人信用卡暨郵局轉帳捐款專用授權書

地址:970 花蓮市民權路 44 號 發展策劃部 2015.12.01 修訂

傳真號碼:03-8236499 洽詢專線 03-8241241・0800-057746

謝謝您的捐款支持，收到授權書後，我們將以手機簡訊回覆您。

扣款人姓名 (存戶戶名、持卡人)	身分證字號	
	手機	
收據抬頭	身分證字號	
	出生年月日	
	白天聯絡電話	
收據寄發地址		
E-mail		
捐款期間	<input type="checkbox"/> _____年_____月捐款一次。	
	<input type="checkbox"/> _____年_____月至_____年_____月止，每月捐款一次。	
	<input type="checkbox"/> 即日起每月捐款一次，無設定截止日期(信用卡則設定至卡片有效期限)	
捐款金額	每月新臺幣_____元	
捐款項目	<input type="checkbox"/> 老人照顧基金 <input type="checkbox"/> 社服貧病基金 <input type="checkbox"/> 醫療發展基金 <input type="checkbox"/> 門諾擴建基金 <input type="checkbox"/> 山地醫療及社區發展基金 <input type="checkbox"/> 早期療育計劃 <input type="checkbox"/> 東區視力保健中心服務 <input type="checkbox"/> 癌症防治及安寧照護基金 <input type="checkbox"/> 花東醫護人員教育基金 <input type="checkbox"/> 精神復健基金 <input type="checkbox"/> 其他_____	
收據寄發方式	<input type="checkbox"/> 年底匯總寄送 <input type="checkbox"/> 按次(月)寄發 <input type="checkbox"/> 不寄收據	
捐款資料上傳國稅局	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 ※如未勾選將視為同意上傳。	
門諾訊息	門諾月報： <input type="checkbox"/> 請寄發 <input type="checkbox"/> 請勿寄發 <input type="checkbox"/> 電子報/活動訊息： <input type="checkbox"/> 請寄發 <input type="checkbox"/> 請勿寄發 <input type="checkbox"/> email 如未勾選將視為同意寄送，如已填寫 email 同意作為優先寄送方式。	
捐款到期/異常提醒	<input type="checkbox"/> 信函 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> mail	
備註	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 換卡扣款 <input type="checkbox"/> 單筆捐款	

捐款方式：請擇一填寫

信用卡捐款	發卡銀行：_____卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 信用卡卡號：_____—_____—_____—_____—_____ 有效期限：西元_____年_____月 持卡人簽名：_____ (同信用卡背面簽名) ※如須異動資料、調整金額，敬請來電告知，每月 25 日進行扣款，遇例假日則提前。	
	郵局捐款	局號：_____ (共 7 碼) 帳號：_____ (共 7 碼) ※如須異動資料、調整金額，敬請來電告知，每月 15 日進行扣款，遇例假日則延後。 <div style="text-align: right;">請蓋存戶開戶印章</div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>

※您的個人資料將依個人資料保護法妥善保護，只供捐款服務使用，按需要交予銀行或郵局辦理捐款處理，寄發收據或告知活動資訊之用。

填表日： 年 月 日