財團法人桃園巿私立脊髓損傷潛能發展中心

信用卡捐款授權書

\*必填項目 填表日期：　年　月　日

|  |
| --- |
| **捐款人基本資料** |
| \*姓 名 | 捐款人　　　　　　　　　　　　指定收據抬頭　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 收據抬頭\*身份證字號\*統一編號： |  | □是 □否 同意上傳捐款金額至國稅局請填寫上述資料，本中心將主動上傳捐款記錄至國稅局，於『個人綜所稅』時，可免附捐款收據。 |
| \*通訊地址 | □□□□□ | 聯絡電話\*行動電話 |  |
| \*收據寄送 | □不寄送 □單次寄送□年度捐款收據(隔年三月起陸續寄發) □捐款紀錄上傳國稅局免寄收據 | 捐款人生日 | 民國　年　月　日 |
| 刊物贈閱 | □會訊（□寄送　□不寄送）E-Mail l： |
| **信用卡捐款資料** |
| \*持卡人姓名 |  | \*持卡人身份證字號 |  |
| \*信 用 卡 卡 號 |  |  |  |  | \*發卡銀行 |  |
| \*信 用 卡 卡 別 | □VISA □MASTER □JCB □聯合信用卡 □美國運通卡 |
| \*持卡人簽名(請與信用卡簽名一致) |  | 信用卡有效期限 | 　 月/ 年\*(填入西元年，並依卡片順序填寫) | \*檢查碼(背面簽名欄末三碼) |  |
| \*捐款金額 | □定期捐款金額：新台幣　　　　　 　　元　從　 　年　 　月至　 　年　 　月止扣款日:每月20日扣款，如遇假日則順延 | □單次捐款金額：新台幣　　 　　　　　元專案活動:  |
| 備註 | 請問從何處獲知脊髓損傷中心：□ 媒體報導（□電視□報紙□網路□廣播　）□雜誌書目　　　　　　□親友介紹 □ 閱讀中心刊物　□參與中心活動　□有至中心參訪過　□其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

若您信用卡掛失、停用、換卡或升級，請待新卡收到後，來電告知我們，並重新授權，更改您留存於本中心捐款資料，以利處理後續捐款事宜；若您要停止捐款，亦請來電告知！

捐款服務專線：（03）490-9001#104、#105(財務課) 傳真電話：（03）490-8860
或郵寄至：32661桃園巿楊梅區高榮里快速路五段701號 感謝您愛心捐款