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