



# 社團法人臺灣兒童健康暨身心發展協會

## 信用卡轉帳捐款授權書

☆ 完整填妥本授權書後，請電郵至 office@csitaiwan.org，電郵後請來電(04)2265-4684 確認或以掛號方式逕寄 40245 台中市南區復興路二段 30-7 號(社團法人臺灣兒童健康暨身心發展協會收)，我們會盡速為您辦理。

☆ 您的個人資料本會將妥善保護並絕對保密，只供本會與您聯絡，按需要交予服務供應的發卡銀行辦理捐款處理、寄發收據或資訊之用。

填寫日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

我是：首次授權信用卡捐款 重新授權信用卡捐款

捐款人姓名		捐款人編號 【此欄由協會填寫】	
通訊住址			
E-mail Address		連絡電話	O: H: 行動電話:
收據開立方式	<input type="checkbox"/> 開立紙本收據 <input type="checkbox"/> 以自然人憑證報稅，並且同意本協會將您的捐款資料及身分證字號上傳至國稅局，俾利年度報稅時查詢及下載。	收據開立資訊	抬頭名稱：  統一編號：
持卡人姓名		信用卡(卡別)	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡
持卡人身分證字號		信用卡有效期限	西元_____年_____月
信用卡卡號		發卡銀行	
持卡人簽名 (需與卡片上簽名相同)		授權捐款日期	<input type="checkbox"/> 定期捐款 起始自_____年_____月 取消自_____年_____月 <input type="checkbox"/> 單次捐款 _____年_____月

### 項目

<input type="checkbox"/> 不指定捐款用途	指定捐款用途	
	國內計畫	國外計畫
	<input type="checkbox"/> 台灣偏鄉弱勢兒童視力保健計畫。 <input type="checkbox"/> 單筆 \$_____ 元。 <input type="checkbox"/> 每月 \$_____ 元。	<input type="checkbox"/> 柬埔寨兒童助學計畫 800 元/月。 <input type="checkbox"/> 柬埔寨兒童豆漿計畫。 <input type="checkbox"/> 單筆 \$_____ 元。 <input type="checkbox"/> 每月 \$_____ 元。

本人同意提供上述之信用卡資訊，每月 / 單次由發卡銀行代撥捐款金額新台幣 \$\_\_\_\_\_ 元整，捐贈社團法人臺灣兒童健康暨身心發展協會做服務基金。

持卡人簽名 (需與卡片背面簽名相同) : \_\_\_\_\_