|  |
| --- |
| 財團法人臺中市私立惠康社會福利基金會**信用卡愛心捐款授權書** |

**（粗框內請申請人詳填，並詳閱粗框下方注意事項）** □首次填單 □重新授權 □每月捐款 □單次捐款

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請人資料欄 | 姓名 |  | 身分證字號 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 聯絡地址 | □□□□□□(郵遞區號) |
| 聯絡電話 | 公：( )宅：( ) | 生日：　　　年　　　月　　　日 |
| 行動電話： |
| 捐款資料 | 捐款項目 | □一般捐款　　 □安寧療護專戶　 □癌症防治專戶 □精神職能復健專戶□器官移植專戶　　□兒童醫療專戶 □清寒學子救濟專戶 □燒燙傷專戶 |
| 信用卡卡號 | 　 　　-　　　　-　 　　- **授權碼**信用卡背面後三碼： 使用期限：　　　月　　　年（西元）  | 金額)大寫（ | 新台幣　 佰　 拾　 萬　 仟　 佰　 拾　 元整 |
| 持卡人簽名（同信用卡簽名字樣）： 填表日期：　　　年　　　月　　　日 |
|  收據開立明細 （含申請人及共同捐款人） | 姓名 | 金額 |  | 姓名 | 金額 |  |
| □申請人 |  | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |  |  | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |
|  |  | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |  |  | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |
|  |  | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |  |  | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |
| * 請以工整字體書寫，並確認申請資料填寫完整，以利寄送捐款收據與提供更完善服務。
* 若信用卡掛失、停用、到期、換卡或升級，請務必來電通知。

◎ 單次捐款收據將於捐款後下個月中旬前寄出，每月定期捐款之收據為**年度彙整**後隔年一月寄出。◎ 請利用傳真或郵寄方式送回捐款申請書，並請來電確認，以維護您的權益。 洽詢電話：**（04）2359-2525分機2950~2952**或**(04)2358-1213** 傳真電話：**（04）2358-1213**。 會址：407219臺中市西屯區臺灣大道四段1650號(基金會聯合辦公室-惠康基金會) |