|  |
| --- |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |