

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 | <input type="checkbox"/> 一般捐款 <input type="checkbox"/> 安寧療護專戶 | | <input type="checkbox"/> 癌症防治專戶 <input type="checkbox"/> 精神職能復健專戶 | | <input type="checkbox"/> 器官移植專戶 <input type="checkbox"/> 兒童醫療專戶 | | |
| | 信用卡卡號 | - - - | | 金額 (大寫) | 新台幣 ____百____拾____萬____仟____百____拾____元整 | | | |
| | | 授權碼信用卡背面後三碼：_____ | | | | | | |
| | | 使用期限：_____月_____年(西元) | | | | | | |
| 持卡人簽名(同信用卡簽名字樣)：_____ | | | | | | | | |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| (含申請人及共同捐款人) 收據開立明細 | 姓名 | 金額 | | | 姓名 | 金額 | | |
| | <input type="checkbox"/> 申請人 | | <input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____ | | | | <input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____ | |
| | | | <input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____ | | | | <input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____ | |
| | | | <input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____ | | | | <input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____ | |

- ◎ 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)