



信用卡捐款授權書

敬愛的捐款人 主內平安：

感謝您利用信用卡授權轉帳方式捐款，您的愛與關懷、熱心支持與協助；幫助本家順利辦理推展社會福利服務，也因著您持續的愛心，讓長輩們生命中充滿了平安與喜樂，在此奉獻上我們深深的謝意。

祈願 主祐 闔家平安

首次填單 重新授權

(每月 20 日進行扣款,如遇假日則順延)

捐款人基本資料	捐款人姓名	身分證字號 (統一編號)	生 日	年 月 日	
	收據抬頭	(未填寫視與捐款人相同)			
	連絡電話	(公)	(宅)	(手機)	
	通訊地址	□□□-□□(郵遞區號) 縣/市 市/區/鄉/鎮 路/街 段 巷 弄 號 樓 室			
	捐款期間 捐款金額 捐款方式	<input type="checkbox"/> 本人願意成為聲遠老人之家定期捐款人 固定每月扣款新台幣_____元整，自_____年_____月起至通知取消或變更授權為止。 <input type="checkbox"/> 本人願意單次捐款，本次捐款金額共計新台幣_____元整。			
	捐款用途	<input type="checkbox"/> 一般用途 <input type="checkbox"/> 醫療設備費 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	相關資料	1、收據寄發方式： <input type="checkbox"/> 當月寄送 <input type="checkbox"/> 年度彙總一次寄發 2、免費刊物： <input type="checkbox"/> 請寄發 <input type="checkbox"/> 請勿寄發			
信用卡資料	持卡人姓名	信用卡卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB		
	持 卡 人 身分證字號	發 卡 銀 行	銀行		
		信用卡有效期	/ (月/年)		
	信用卡卡號	— — —			
持卡人簽名 (與卡片背面相符)	信用卡背 面 後 三 碼	_____			

※填妥後請傳真至 03-8610200 或寄至 971-61 花蓮縣新城鄉博愛路 31 號

※資料若有變更，歡迎與本家聯繫，聯絡電話 03-8610075 分機 101

※完成信用卡扣款後，由本家開立可扣抵所得稅之收據寄予捐款人。