



## 信 用 卡 捐 款 授 權 書

敬愛的熱蘭遮失智症協會支持者您好：

感謝您長久以來的支持與關心，使協會對失智症防治及照護工作得以順利推廣。協會為了讓您的捐款方式更為簡便，已申請信用卡捐款方式。若您有意願，請填妥您的資料，用郵寄或傳真方式寄回本會，我們將儘速為您辦妥捐款事宜。

傳真：(06) 208-2405，若有任何疑問請洽詢：(06) 208-3001 陳小姐

郵寄地址：701 臺南市東區東門路二段 297 號 8 樓之 1

持卡人姓名		身分證字號	
聯絡地址		電話號碼	(0) _____
			(H) _____
信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA 卡 <input type="checkbox"/> MASTER 卡 <input type="checkbox"/> JCB 卡 <input type="checkbox"/> 聯合信用卡	發卡銀行	_____ 銀行
信用卡號	_____ - _____ - _____ - _____	有效期限	_____ 年 _____ 月
持卡人簽名	(須與信用卡簽名一致)	捐款日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日
捐款方式	<input type="checkbox"/> 定期捐款-授權捐款至西元 _____ 年 _____ 月(約每月 20 日扣款) <input type="checkbox"/> 單次捐款		
捐款金額	NT\$ _____ 元，新台幣 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰元整		

捐款人基本資料：

收據抬頭(姓名)： 同上  另開 \_\_\_\_\_

收據寄達地址：

聯絡電話：

收據寄送方式： 每月寄發  每年底統一寄發

是否為「大臺南熱蘭遮失智症協會會員」： 是  否