

財團法人高雄市關愛社會福利慈善事業基金會
信用卡捐款授權書

填表日期： 年 月 日

捐款人基本資料			
收據抬頭	<input type="checkbox"/> 同持卡人 <input type="checkbox"/> 另指定抬頭為：	身份證字號 (統一編號)	
E-mail	(請正楷填寫，以利聯繫)	連絡電話	
收據寄送	<input type="checkbox"/> 每次寄送 <input type="checkbox"/> 年度寄送(隔年初寄送)	捐款人生日	民國 年 月 日
通訊地址	□□□		
信用卡捐款資料			
持卡人姓名		持卡人身份證字號	
信用卡卡號		發卡銀行	
信用卡卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> 美國運通卡		
持卡人簽名 (請與信用卡簽名一致)		信用卡有效期限	月 / 年 <small>(填入西元年，並依卡片順序填寫)</small>
捐款金額	<input type="checkbox"/> 單次捐款金額：新台幣_____元		
	<input type="checkbox"/> 每月定期捐款金額：新台幣_____元(請擇一勾選下列期間)		
	<input type="checkbox"/> 捐款期間自____年____月起至____年____月止 <input type="checkbox"/> 捐款期間持續延展(如欲終止請來電或書面告知)		
備註	填表捐款日期： 年 月 日		

敬愛的捐款者您好：衷心誠摯感謝您的捐款！

**感謝有您一同支持與陪伴我們關愛每一位身心障礙者，
共同與障礙者共創美好、尊嚴的社會參與及溫馨人生！**

※我們會於網路或年報公開捐款者姓名及金額，您希望姓名如何顯示？

顯示全名 姓名中一字隱藏，如：王○明 無名氏 以暱稱顯示：_____

※請將本資料填妥後，傳真至(07)-531-3841(傳真後請來電告知)，或以圖檔 E-mail 至 twysbfd@gmail.com 或郵寄至：804 高雄市鼓山區河川街 76 巷 6 弄 8 號 「財團法人高雄市關愛社會福利慈善事業基金會 收」。有任何問題，歡迎來電洽詢：(07)-521-7120~1