

社團法人新竹市智障福利協進會  
 信用卡捐款專用授權書  
 傳真號碼 03-5626687 洽詢專線 03-5626684

扣款人姓名 (存戶名、持卡人)		身分證字號	
		出生年月日	
聯絡電話	( )	行動電話	
收據抬頭	<input type="checkbox"/> 同扣款人 <input type="checkbox"/> 其他	統一編號(個人填身分證字號)	
收據寄發地址	□□□□□		
捐款期間	<input type="checkbox"/> 20____年____月捐款一次。 <input type="checkbox"/> 20____年____月至 20____年____月止，每月捐款一次。 <input type="checkbox"/> 即日起每月捐款一次，不設定截止日期。(到信用卡有效期限)		
捐款金額	<input type="checkbox"/> 單次捐款新臺幣_____元， <input type="checkbox"/> 每月捐款新臺幣_____元		
捐款項目	<input type="checkbox"/> 一般捐款 <input type="checkbox"/> 其他		
收據寄發方式	<input type="checkbox"/> 年底匯總寄一次 <input type="checkbox"/> 按次(月)寄發 <input type="checkbox"/> 不寄收據		
E-mail			
捐款到期提醒	<input type="checkbox"/> 信函 <input type="checkbox"/> E-mail:		

捐款方式：請擇一填寫

<input type="checkbox"/> 信用卡	發卡銀行_____	卡別 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB	
	卡號_____		
	有效期限 20____年____月	卡片背後3碼_____	
※信用卡捐款請簽名		簽名處	

信用卡請款日：每月1日。(如遇假日則會提前一日請款)