



財團法人糖尿病關懷基金會

信用卡捐款授權書

填表日期： 年 月 日

信用卡捐款資料

持卡人姓名：		身份證字號：	
卡別及卡號：(不適用美國運通卡及大來卡) <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> MASTER <input type="radio"/> JCB <input type="radio"/> 聯合信用卡(U CARD) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
發卡銀行：		信用卡有效期限：	<input type="text"/> 月/西元 <input type="text"/> 年
◎定期捐款：(每月 20 日扣款) <input type="checkbox"/> 1000 元/月 <input type="checkbox"/> 2000 元/月 <input type="checkbox"/> 5000 元/月 <input type="checkbox"/> 10000 元/月 <input type="checkbox"/> 其他_____元/月 <input type="checkbox"/> 捐款期間自____年____月至____年____月止 <input type="checkbox"/> 捐款期間持續延展(有效期限到期，本會自動延展。如欲終止請來電告知) ◎單次捐款：_____元			
持卡人簽名： (請與信用卡背面相符)	<input type="text"/>		商店代號：0125003708 授權碼：(此欄請勿填寫)
<h3>捐款人基本資料</h3>			
收據抬頭：	<input type="checkbox"/> 同持卡人 <input type="checkbox"/> 指定其他抬頭_____		
	身份證字號 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (公司行號請寫統一編號)		
收據寄送：	<input type="checkbox"/> 每次寄送 <input type="checkbox"/> 年度彙總(建議選擇)		
收據地址：	<input type="text"/> - <input type="text"/> 市 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓 縣 市區 里 街		
聯絡電話：	(白天)_____	E-MAIL：	
	(手機)_____		
資訊訂閱：	<input type="checkbox"/> 糖尿病家族(季刊) <input type="checkbox"/> 活動資訊(不定期)		

親愛的捐款人，糖尿病關懷基金會提醒您：

1. 本表請”務必”填寫完整，以便查詢及連繫；填妥後請傳真至(02)2375-4879 或郵寄至 100 台北市忠孝西路一段 50 號 18 樓之 35 糖尿病關懷基金會收。
2. 若資料有異動，請告知我們，以便寄發捐款收據。

財團法人糖尿病關懷基金會，感謝您的愛心贊助及付出

地址：10041 台北市忠孝西路一段 50 號 18 樓之 35 電話：(02)2389-4625 網址：www.dmcare.org.tw