



社團法人臺東縣自閉症協進會信用卡授權書

填表日期：民國 年 月 日			
捐款人姓名： <input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 小姐		捐款人編號：	
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	聯絡電話：	0： H： 行動：
e-mail address：			
持卡人姓名：	信用卡卡別：	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master card	
		<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡	
持卡人身份證字號：	信用卡有效期限：	西元 年 月	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	授權捐款至西元	年 月(若未填寫，將視為授權書捐款至信用卡有效年月)	
信用卡卡號： - - -	卡片末三碼：	發卡銀行：	
持卡人簽名 (需與卡片上之簽名相同)	授權捐款至：西元 年 月 (若未填寫，將視為授權捐款至信用卡有效年月)		
收據開立： <input type="checkbox"/> 年度捐款總金額合開一張紙本收據 <input type="checkbox"/> 每次扣款成功後即開立紙本收據	抬頭名稱： 統一編號：		
<input type="checkbox"/> 以上定期捐款，我選 <input type="checkbox"/> 年繳 元， <input type="checkbox"/> 半年繳 元， <input type="checkbox"/> 季繳 元， <input type="checkbox"/> 月繳 元 <input checked="" type="checkbox"/> 提醒重新授權信用卡捐款的資助人：若資助款已如期繳付，會自下期開始扣款；若有未繳足先款項，則會行補扣款。 <input type="checkbox"/> 以上單次捐款，共 元			

◎完整填妥本授權書後請傳真至(089)-238596，並請於傳真後10分鐘內來電

(089)238-598、(089)238-698確認，俾利加速完成捐款手續。或請逕寄臺東市中興路一段398號4樓收(也可以透過電子信箱寄達:ttaa1001129@gmail.com)，我們會儘速為您辦理。

◎您的個人資料本會將妥善保護並絕對保密，只供本會與您聯絡，按需要交予服務供應的發卡銀行辦理捐款處理、寄發收據或資訊之用。