

信用卡捐款授權書

(授權書號) _____
(本會填寫)

我願意 每月捐款\$600 資助偏鄉視篩與矯正計畫。 單筆捐款\$ 3,000 資助弱勢眼疾轉診與治療。
 每月捐款\$1,000 資助醫護培訓與合作計畫。 單筆捐款\$10,000 資助國內外防盲合作計畫。
 每月定額捐款\$ _____ 或 單筆捐款\$ _____

聯絡人資料#

姓名/公司：_____ 性別：男 女 生日：_____年_____月_____日
 身分證字號/統編：_____ 手機：_____ 電話：_____

通訊地址：□□□□□ _____

E-mail：_____ 會訊：皆可(預設值) 電郵 郵寄 不訂閱

收據(芳名錄)開立資料 同聯絡人

與捐款人不同：姓名/公司：_____ 性別：男 女 生日：_____年_____月_____日
 身分證字號/統編：_____ 手機：_____ 電話：_____

通訊地址：□□□□□ _____ E-mail：_____

收據：電子申報(須填寫身分證字號，上傳國稅局) 年度於三月寄發(預設值) 不寄 按次寄發。*您的個人資料僅使用於本會捐款相關用途與寄發收據，絕不外流或做其他用途。*依財團法人法第 25 條規定應公開捐贈者名稱及捐款金額，請您勾選同意公開不同意公開。未勾選者以同意公開方式辦理。選擇不同意公開者則以「匿名」方式揭露

信用卡扣款授權書(每月定期或單次捐款)

持卡人姓名：_____ 發卡銀行：_____ 卡別： VISA Master JCB
 信用卡卡號：_____ - _____ - _____ 持卡人簽名：_____

信用卡有效期：_____ 月_____ 年(西元) 卡片背後 3 碼：_____ 日期：_____ / _____ / _____

*本人同意臺灣防盲基金會自即日起，由本人提供之信用卡進行扣款，至本人通知取消或終止授權為止。

臺灣防盲基金會傳真(02)2546-5071 · 官網 www.taiwanpb.org · 捐款專線(02)2546-5046 · 客服信箱 service@taiwanpb.org

98-04-43-04 郵政劃撥儲金存款單										◎寄款人請注意背面說明 ◎本收據由電腦印錄請勿填寫											
收款帳號	1	9	6	8	3	5	5	1	金額	億	仟萬	佰萬	拾萬	萬	仟	佰	拾	元	郵政劃撥儲金存款收據		
通訊欄(限與本次存款有關事項)										收款戶名		收款帳號戶名		存款金額		電腦紀錄					
收據寄發方式： <input type="checkbox"/> 國稅局電子申報(身分證必填) ID：_____ <input type="checkbox"/> 年度於三月寄發(預設值) <input type="checkbox"/> 按次寄發										財團法人臺灣防盲基金會		寄款人 <input type="checkbox"/> 他人存款 <input type="checkbox"/> 本戶存款		經辦局收款章戳							
基金會相關訊息寄發： <input type="checkbox"/> 郵寄與電子郵件(預設值) <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 不訂閱										姓名		地址		電話		主管：					
*依財團法人法規定應公開捐贈者名稱及捐款金額。敬請勾選 <input type="checkbox"/> 同意公開 <input type="checkbox"/> 不同意公開。未勾選者以同意公開方式辦理。不同意公開者則以「匿名」方式揭露。										地址		電話		主管：							
虛線內備供機器印錄用請勿填寫																		經辦局收款章戳			