**財團法人中華民國婦聯聽覺健康社會福利基金會信用卡授權書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **捐款方式** | | | |
| 捐款金額 | **□單筆捐款金額\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元**【收據於扣款成功後寄出 】  **□長期持續捐款每月\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元**【收據□每月寄送□年度寄送，每年約3月寄出】  **捐款期間自民國 年 月 起 至民國 年 月止** | | |
| **捐款人基本資料**【 以下皆為必填欄位，請正楷填寫，以免造成收據開立錯誤，謝謝您！】 | | | |
| 捐款人姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 性 別 | □男 □女 | E-mail |  |
| 聯絡電話 | （宅/公）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分機\_\_\_\_\_\_\_\_ 傳真) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  （行動）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 捐款收據抬頭 | **□與持卡人相同 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| 收據寄送地址 |  | | |
| 備註： | | | |
| **信用卡資料** | | | |
| 持卡資料 | 發卡銀行 \_\_\_\_\_ 銀行  卡別 □VISA □MasterCard □JCB □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  卡號  有效期限至 西元 **年** **月**  持卡人簽名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（請與信用卡背面相符） | | |
| **本會資訊需求** | | | |
| □年刊 寄送地址：□同上 □其他  □電子報 E-mail : □同上 □其他  □不需任何資料 | | | |
| 請問您從何處得知此活動訊息 | | | |
| □本會會刊 □本會官網 □本會臉書粉絲專頁 □朋友推薦 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**填寫完以上表格後，請傳真至 (02) 2820-1826 聯絡電話 (02) 2820-1825 # 12**