

財團法人羅慧夫顱顏基金會

郵局、華銀定期捐款直接轉付款授權書

地址：台北市民生東路四段 54 號 7 樓 708 室

TEL：02-27190408#227

- 立授權書人（以下簡稱本人）茲同意授權財團法人羅慧夫顱顏基金會（以下簡稱顱顏基金會），與各指定行庫/郵局（如下示）得自本人之下列指定帳戶內，進行自動付款作業，以交付顱顏基金會作為支付本人每月捐贈該基金會推動慈善公益工作之捐贈款項。
- 為當本人帳戶內無足夠款項或有其他原因致指定行庫/郵局未能自本人帳戶轉帳時，指定行庫有權不予轉帳，但應將此存款不足之事實通知顱顏基金會。
- 本人欲終止或更改本授權之任何通知，應於每月五日以前書面通知該基金會，並授權該基金會代理本人同意行庫辦理終止或變更授權手續。
- 終止或變更本授權書之書面通知，於送達指定行庫並受理且核印無誤核之次日始生效。
- 本授權書因內容填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因，致指定行庫/郵局無法辦理轉帳者，則授權書內容不生效力，本授權書若有未盡事宜，悉依授權行庫/郵局規定暨一般銀行慣例辦理。
- 本授權書一式二份，填妥後請將二份“授權書”寄回顱顏基金會。申請手續約需 30 天，生效時本會將優先以電子郵件通知，若未獲得回覆則再以書面方式通知。(郵局一份即可)

授權自動轉帳日期：每月 10 日（轉帳日如遇星期例假日時，則順延至次一營業日辦理轉帳作業）

填表日期： 年 月 日（請以正楷書寫）

幫助對象： 國內 國外

立授權書人姓名：		身分證編號：	
收據抬頭： <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他：		收據： <input type="checkbox"/> 月寄 <input type="checkbox"/> 年寄 <input type="checkbox"/> 免寄	
聯絡電話：(日)		(手機)	
聯絡地址：□□□		Email：	
捐款日期：自 年 月起至 年 月止（最少一年）			
每月捐款金額：(請勾選其一) <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 其他_____元			
銀行 / 郵局名稱： <input type="checkbox"/> 華南銀行 (008) <input type="checkbox"/> 郵政儲金匯業局 (請在□內勾選)			
本人(公司)之授權銀行/郵局帳戶		捐款人簽名蓋章(請使用指定行庫開戶印鑑)	
<input type="checkbox"/> 銀行帳號：_____		銀行/郵局核章：	
<input type="checkbox"/> 存簿儲金 局號：_____ (共七位數字)			
帳號：_____ (共七位數字)			
<input type="checkbox"/> 劃撥 儲金帳號：_____ (共八位數字)			
使用劃撥儲金付款，須先向郵匯局辦理自動轉帳存委託手續			
以下由羅慧夫顱顏基金會審蓋章：		以下由銀行/郵局審核蓋章：	

共二聯銀行受理核章後，第一聯：由羅慧夫基金會留存 第二聯：請核章銀行留存