



## 停止捐款同意書

本人希望停止以下列信用卡方式捐助財團法人羅慧夫顱顏基金會

捐款人基本資料:

姓名: \_\_\_\_\_ 編號: \_\_\_\_\_

身分證字號或統一編號: \_\_\_\_\_

信用卡資料:

持卡人: \_\_\_\_\_ 身分證字號: \_\_\_\_\_

發卡行: \_\_\_\_\_ 銀行

原捐款期限: 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

停止日期: 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月起停止捐款

持卡人簽名: \_\_\_\_\_ (請與卡片同)

郵局、銀行資料:

帳號名稱: \_\_\_\_\_ 身分證字號: \_\_\_\_\_

扣款郵局或銀行名稱: \_\_\_\_\_

原捐款期限: 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

停止日期: 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月起停止捐款

原申請人簽名: \_\_\_\_\_

( 請後傳真 02-27128002 或寄回本會即可 , 若有疑問請洽 02-27190408)