



財團法人羅慧夫顱顏基金會

信用卡捐助同意書

 本人願意以信用卡方式捐助羅慧夫顱顏基金會（請勾選下列選項並依代號填寫）

新捐款戶（請填全部） 更改捐款金額 更換新卡取代舊卡

 捐助對象： 國內患者 國外義診

 填表日期：_____年____月____日

A.捐助金額

不定期捐款，單次扣款：_____萬_____仟_____佰元（請用大寫）

定期捐款，固定捐款：_____萬_____仟_____佰元（請用大寫）

1. 每月 2. 每年 _____月 3. 其它(期數:自____月開始每____個月扣一次)

(捐款期間自_____年____月~_____年____月止或另行通知)

B.信用卡資料

持卡人姓名：_____ 持卡人身分證字號：

(與捐款人關係：本人 親屬 其他_____)

發卡銀行：_____ 信用卡別： VISA MASTER 聯合信用卡 JCB

信用卡卡號：_____ 信用卡有效期限：西元_____年____月

持卡人簽名：_____ (與信用卡簽名同字樣)

C.捐款人基本資料

姓名/單位(收據抬頭)：_____

身分證字號(公司統一編號)：

性別： 男 女 生日：民國_____年____月____日

通訊地址：_____

E-mail：_____

聯絡電話：(O) _____ (H) _____ (手機) _____

D.資料寄發方式

1. 收據寄送：每次扣款成功後寄發年終寄發年度捐款憑證不必寄發

2. 顱顏會訊寄送：請郵寄給我 不必郵寄

3. 是否訂閱顱顏電子報：訂閱 取消

感謝您的捐款！資料填妥後請傳真或郵寄至本會！

郵局劃撥帳號：國內患者 13741685 國外患者 19181996 劃撥戶名：羅慧夫顱顏基金會

電話：(02) 2719-0408 傳真：(02) 2719-6388 地址：台北市民生東路四段 54 號 7F 708 室