

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 ☐舊捐款戶 ☐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：(0) _____ (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、拍照 EMAIL：ilmaflulu@nncf.org 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：財團法人羅慧夫顱顏基金會

電話：02-2719-0408#242 傳真：02-2712-8002 地址：台北市民生東路四段 54 號 7 樓 708 室