社團法人台南市智障者福利家長協進會 信用卡授權捐款單 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 持卡人姓名： | | | | 持卡人身份證字號： | | | | | | | | |
| 持卡人簽名： | | | | 信用卡卡號： | | | | | | 發卡銀行： | | |
| 信用卡別：□VISA□Master card□JCB □U卡□運通卡 | | | | **信用卡有效期限： 月 年(西元年)**請照卡片順序填寫 | | | | | | 行動電話： | | |
| 通訊地址□□□ | | | | | 白天電話： | | | | | 家裡電話： | | |
| E-Mail（請用正楷寫，若不留請空白）： | | | | | | | | | | | | |
| **授權轉帳日期：自即日起到接到您通知取消捐款或變更(終止)授權為止。請在每月1日以前通知，作業才來得及，不便之處請見諒**。  \*\*單次授權捐款若12日以前傳真者為當月中旬扣款，13日以後傳真者為下月月初扣款，將不另行通知，**特殊要求請務必註明(扣款日不能指定)**  **\*\*信用卡若掛失、停用或換卡，待新卡收到時，請主動來電通知更改電腦資料，若沒更改則有可能會轉帳失敗。**  **\*\*每月扣款失敗者皆會接到失敗通知單，從第4個月起仍未收到您的回覆，本會將自動停止授權扣款和取消捐款。** | | | | | | | | | | | | |
| 轉帳內容：同戶中有多位捐款人或多種用途可用同張卡轉帳，只能勾選**同一種**轉帳方式。 | | | | | | | | | | | | |
| 捐款人姓名 | 捐款人生日(建檔用) (年月日) | 捐款人身份證字號  (配合綜所稅扣除) | 捐款編號  (第一次捐款者或不知編號者：此欄請空白不用填) | | | **若採定期轉帳**方式(請勾選)  收據於隔年3月底4月初寄 | | | | **單次授 權**  **(只扣這一次)**  月初或中旬扣 | 轉帳金額 | 捐款用途 |
| 月扣  每月5日 | 季扣  1.4.7.10月5日 | 半年扣  1月7月5日 | 年扣  每年1月5日 |
|  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 🙫傳真10分鐘後請主動來電確認信用卡授權單是否收到。※PS:填此單後，請勿再劃撥,若已劃撥，請在此單空白處上註明，避免重複轉帳，謝謝您！ | | | | | | | | | | | | |
| 願成為□ **捐款人** 　□增加捐款人**。 (**捐款人的捐款對象為心智障礙者,每月500元 )    □願成為捐款人□智青之友(每月500元)，□不指定捐款用途(不限金額)，□其他捐款：用途：  **若您已是捐款人，本會在轉帳前會先查詢您的捐款款項是否已繳足，若已繳足，則當月不會再轉帳；若不足，則當月一起補轉。** | | | | | | | | | | | | |

說明: 1.本單填妥資料請傳真至06-3562064 🕿聯絡電話：06-3562060