**社團法人臺東縣自閉症協進會信用卡授權書**

|  |
| --- |
| 填表日期：民國 年 月 日 |
| 捐款人姓名: □先生 □小姐  | 捐款人編號: |
| 通訊地址  | □□□  | 聯絡電話： | O： H： 行動：  |
| e-mail address： |
| 持卡人姓名： | 信用卡卡別： | □VISA □Master card □JCB □聯合信用卡  |
| 持卡人身份證字號： | 信用卡有效期限: | 西元 年 月  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 授權捐款至西元 年 月(若未填寫，將視為授權書捐款至信用卡有效年月) |
| 信用卡卡號: – – –  | 卡片末三碼: | 發卡銀行： |
| 持卡人簽名 (需與卡片上之簽名相同)  | 授權捐款至：西元 年 月 (若未填寫，將視為授權捐款至信用卡有效月年)  |
| 收據開立:

|  |
| --- |
| □年度捐款總金額合開一張紙本收據 □每次扣款成功後即開立紙本收據  |

 | 抬頭名稱：統一編號： |
|

|  |
| --- |
| □以上定期捐款，我選□年繳 元，□半年繳 元，□季繳 元，□月繳 元 ●提醒重新授權信用卡捐款的資助人：若資助款已如期繳付，會自下期開始扣款；若有未繳足先款項，則會行補扣款。 □以上單次捐款，共 元  |

 |

◎完整填妥本授權書後請傳真至(089)348-658，並請於傳真後10分鐘內來電(089)342-217、(089)342-330確認，俾利加速完成捐款手續。 或請逕寄（950）臺東市中華路二段248號 收，我們會儘速為您辦理。

◎您的個人資料本會將妥善保護並絕對保密，只供本會與您聯絡，按需要交予服務供應的發卡銀行辦理捐款處理、寄發收據或資訊之用。