

信用卡捐款授權書

感謝您長期以來對於本會的支持與關懷，您的善款捐助，我們亦非常謹慎且珍惜的運用著，期能發揮最大的服務效益，服務更多的傷友及傷友家屬，幫助他們在困境中一起度過黑暗、再站起來，也期盼未來能持續給予我們最大的支持能量，陪伴我們在這公益之路上~繼續堅持著、走下去。

為了讓您的捐款更為簡便，請填妥下列授權書中您的資料，傳真至 02-2557-9070 或郵寄財團法人脊髓損傷社會福利基金會：10361 台北市大同區民權西路 136 號 16 樓之 6，我們將會儘速為您辦理，您的捐款將可抵減所得稅。

捐款人基本資料

編號：

姓名:	<input type="checkbox"/> 先生 / <input type="checkbox"/> 小姐	身分證字號:
電話:(H)	(O)	手機:
地址:		
E-mail:		

認捐項目

愛心捐款: 新台幣 _____ 元整 每月定額捐: 新台幣 <input type="checkbox"/> 500 元 <input type="checkbox"/> 1000 元 <input type="checkbox"/> 2000 元 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 元整 備註:
認捐期間: <input type="checkbox"/> 持續認捐(即日起每月捐款一次，如欲終止，請來電告知)。 自 _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月止
收據名稱: <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 或 _____ <input type="checkbox"/> 先生 / <input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 公司(請填寫全名): _____ <input type="checkbox"/> 統一編號: _____

捐款方式

信用卡號: _____ 持卡人身分證字號: _____ 發卡銀行: _____ 有效期限: (西元) _____ 月 _____ 年 信用卡別: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> 美國運通卡 持卡人簽名: _____ (須與信用卡簽名同字樣)

收據寄送方式

<input type="checkbox"/> 整年度匯總寄發一次 <input type="checkbox"/> 按月(次)寄發 <input type="checkbox"/> 不寄收據 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 同意上傳捐款金額至國稅局 (1.填寫身分證字號，本會將主動上傳捐款紀錄至國稅局，可免附捐款憑證申報「個人綜所稅」。2.若授權多人以上者，請多做考量後，再行個別單獨填寫此授權書。3.不適用於企業/團體)
--

※定期定額捐扣款日為每月 20 號，遇假日將順延至下一個工作日。

取消或更改授權，請在作業日前 10 天以書面或電話:02-2557-9060 告知本會。

※整年度匯總捐款收據，於隔年 3 月中旬統一寄發。

※愛心捐款採公開徵信，每月初公佈於本會網站。