

# 財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會

## 信用卡扣款授權書

\*填妥後請以傳真或郵寄方式寄回即可\*

捐款資料：首次填單 重新授權 再次捐助

填表日期： 年 月 日

捐款人姓名 (芳名錄)		捐款收據抬頭	(營利事業與機關團體之捐贈, 請 2 月底前將免扣繳憑單寄給本會)														
稱謂	<input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 女士 <input type="checkbox"/> 太太 <input type="checkbox"/> 先生	生日	年	月	日												
聯絡方式	家:( ) 辦公室:( )		手機:	傳真:( )													
收據郵寄地址	□□□□□																
E-mail																	
捐款金額及捐助方式	<input type="checkbox"/> 我願意成為雙連視障關懷基金會定期捐款人：○每月 NT\$3,000 元    ○每月 NT\$1,000 元    ○每月 NT\$800 元    ○其他：每月捐款金額：_____元 <input type="checkbox"/> 我願意單次捐款_____元 ※單次捐款 1,000 元或每月定期捐款 200 元達 1 年(含)以上, 便可協助視障朋友獲贈光芒手杖。您可贈送給您認識的_____, 或透過我們轉贈視障朋友光盲手杖, 支持他們跨越障礙、行動順暢。 <input type="checkbox"/> 不領取盲杖 <input type="checkbox"/> 領取盲杖, 由雙連轉贈 <input type="checkbox"/> 領取盲杖, 自行轉贈, 收件地址: _____																
捐款用途	<input type="checkbox"/> 支持本會 <input type="checkbox"/> 視障者關懷扶助 <input type="checkbox"/> 獨居視障長者關懷 <input type="checkbox"/> 小西羅亞視障兒童合唱團 <input type="checkbox"/> 助盲計劃 <input type="checkbox"/> 身心障礙者家屬喘息服務 <input type="checkbox"/> 視障者就業輔導與訓練																
	信用卡卡號																
	發卡銀行			信用卡卡別			<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER						<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡				
	持卡人姓名 (正楷填寫)			持卡人簽名 (須與信用卡簽名相同)													
	持卡人身分證字號			信用卡有效期限			月 / 西元						年				
	如需異動資料、停止捐款或調整金額, 請來電告知, 定期捐款以收到傳真當日開始, 爾後於信用卡有效期限內, 每月固定 20 日進行扣款																
其他捐款方式	1. 郵政劃撥, 戶名: 財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會 帳號: 19183155 請您至郵局索取劃撥單, 並請詳細填寫捐款人聯絡資料, 完成劃撥。 2. 郵局定期捐款: 您可以洽詢基金會或者下載「郵局定期轉帳捐款授權書」。 3. 更多捐款方式, 請至雙連視障關懷基金會官網 <a href="http://www.suanlien.org.tw/">http://www.suanlien.org.tw/</a>										請掃 QR CODE  線上捐款						

說明一: 財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會地址: (104) 台北市中山區中山北路二段 111 號 11 樓 電話: (02) 2531-2320 傳真: (02) 2531-2771 連絡信箱: [suanlien@suanlien.org.tw](mailto:suanlien@suanlien.org.tw)

說明二: 為配合營利事業所得稅申報, 營利事業與機關團體之捐贈將逐次開立捐款收據。收到收據後若有疑問, 請於七個工作天內來電洽詢: (02) 2531-2320 會計室

說明三: 本表可影印使用, 提醒您, 以上資料若有變更請通知我們, 感謝您的支持!