

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)	個資法聲明：財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會向 您取得之個人資料，包含個人姓名、電話、信用卡及電子 郵件地址等，將僅限使用於本會捐款相關服務與管理、募 款徵信、會務活動等使用，我們將遵守個人資料保護法與 公益勸募條例之規定，妥善保護您的個人資料。 於此前提下，您同意財團法人台北市私立雙連視障關懷基 金會得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資 訊或服務，而您可依法就您提供的個人資料向本會請求查 詢、閱覽、提供複本、補充或更正、停止及刪除。	
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"/> 我願意定期捐款： <input type="radio"/> 每月 NT\$ 3,000 元 <input type="radio"/> 每月 NT\$ 1,000 元 <input type="radio"/> 每月 NT\$ 800 元 <input type="radio"/> 其他：每月捐款金額：_____元 <input type="checkbox"/> 我願意單次捐款： <input type="radio"/> NT\$ 10,000 元 <input type="radio"/> NT\$ 5,000 元 <input type="radio"/> NT\$ 3,000 元 <input type="radio"/> NT\$ 1,000 元 <input type="radio"/> 其他：捐款金額：_____元		
捐款用途	<input type="checkbox"/> 支持本會 <input type="checkbox"/> 視障者關懷扶助 <input type="checkbox"/> 視障獨居老人關懷服務 <input type="checkbox"/> 小西羅亞視障兒童合唱團 <input type="checkbox"/> 小西羅亞視障兒童樂團培育計畫 <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 <input type="checkbox"/> 助盲計畫		
捐款 方式	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：請洽詢基金會或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 http://www.suanlien.org.tw/		線上捐款  可定期定額
1. 收據寄發方式： <input type="checkbox"/> 不必收據 <input type="checkbox"/> 單次收據 <input type="checkbox"/> 年度收據(次年四月底前陸續寄發) 2. <input type="checkbox"/> 我要訂閱免費電子報 E-mail: _____ 3. 我知道並決定捐助雙連視障關懷基金會，是因為： <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 電子報 <input type="checkbox"/> 本會網站 <input type="checkbox"/> 本會臉書 <input type="checkbox"/> 參與本會活動 <input type="checkbox"/> 本會出版品 <input type="checkbox"/> 電視 <input type="checkbox"/> 報紙 <input type="checkbox"/> 雜誌 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 廣播 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 4. 我願意介紹親友參與捐助，請寄簡介給他 姓名：_____ 地址：_____ E-mail: _____			

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：service@suanlien.org.tw

說明二：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！