**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**

委託機構代號

**郵局自動轉帳付款授權書** 媒體產生日期：

立授權書人（以下稱授權人） 授權郵局依照**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付授權人本人**捐款**款項；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者，概與郵局無涉。

本授權書簽訂完成後，其效力不受帳戶印鑑變更影響；原付款帳戶辦理轉移者，將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時，應以書面方式向郵局或**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**辦妥終止授權手續。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 授 權 人 | 戶名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 授權人用印（請蓋帳戶印鑑） |
| 身分證  統一編號 |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |
| 存簿帳號 |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 劃撥帳號 |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 聯絡電話 | (宅) (公)  (手機) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 授權書填寫日期  年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 委託機構確認欄 | 1. 區處代號（未申請者，免填）： 2. 用戶編號： 3. 本授權書確由帳戶所有人填具（未成年人已取得法定代理人同意），且內容（印鑑除外）確認無誤。 4. 已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。   確認人： 主管（覆核）： 委託機構章： |

|  |  |
| --- | --- |
| 郵  局 | 印證欄 |
| 審核： 註記： 掃瞄： |

第1聯：郵局存查聯（永久保管）

**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**

媒體產生日期：

委託機構代號

**郵局自動轉帳付款授權書**

立授權書人（以下稱授權人） 授權郵局依照**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付授權人本人**捐款**款項；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者，概與郵局無涉。本授權書簽訂完成後，其效力不受帳戶印鑑變更影響；原付款帳戶辦理轉移者，將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時，應以書面方式向郵局或**財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會**辦妥終止授權手續。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 授 權 人 | 戶名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 授權人用印（請蓋帳戶印鑑） |
| 身分證  統一編號 |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |
| 存簿帳號 |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 劃撥帳號 |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 聯絡電話 | (宅) (公)  (手機) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 授權書填寫日期  年 月 日 |

|  |
| --- |
| 委託機構確認欄 |
| 1. 區處代號（未申請者，免填）： 2. 用戶編號： 3. 本授權書確由帳戶所有人填具（未成年人已取得法定代理人同意），且內容（印鑑除外）確認無誤。 4. 已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。   確認人： 主管（覆核）： 委託機構章： |
| 捐款金額及捐助方式 |
| □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  □我願意單次捐款　　　　　　　元 |
| 捐款用途 |
| □支持本會　□視障者關懷扶助　□獨居視障長者關懷　□小西羅亞視障兒童合唱團  □助盲計劃　□身心障礙者家屬喘息服務　　　　　　　□視障者就業輔導與訓練 |
| 開立收據相關資料 |
| 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)  1.收據寄發方式： □不必收據 □單次收據□年度收據（次年四月底前陸續寄發）  2.收據寄發地址： □同聯絡地址 　　　　□其他地址：  3.E-mail： □我要訂閱免費電子報  4.我知道並決定捐助雙連視障關懷基金會，是因為：  □親友介紹 □電子報 □本會網站 □本會臉書□參與本會活動 □本會出版品  □媒體報導（□電視 □報紙 □雜誌 □網路 □廣播）□其他：  5.我願意介紹親友參與捐助，請寄簡介給他：  姓名：　　　　　　　　　　　　　　E-mail：  地址： |

說明一：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，每月固定

　　　　20日進行扣款

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：授權書請用帳戶原留印鑑，以免授權失敗。並將正本授權書以**掛號**方式郵寄

　　　　至「104台北市中山區中山北路二段111號11樓 財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會收」

第2聯：委託機構收執聯