


財團法人羅慧夫顏顏基金會


信用卡捐助同意書

 本人願意以信用卡方式捐助羅慧夫顏顏基金會（請勾選下列選項並依代號填寫）

新捐款戶（請填全部）

更換新卡取代舊卡（請填 B.C 項）

申請得福卡（每月 \$ 300 固定捐款達一年以上）

 捐助對象： 國內患者 國外義診 顏面神經纖維瘤 填表日期：_____年____月____日

A.捐助金額

不定期捐款，單次扣款：_____萬_____仟_____佰元（請用大寫）

定期捐款，每月固定捐款：_____萬_____仟_____佰元（請用大寫）

（捐款期間自_____年____月~_____年____月止或另行通知）

B.信用卡資料

持卡人姓名：_____ 持卡人身份證字號：

（與捐款人關係： 本人 親屬 其他_____）

發卡銀行：_____ 信用卡別： VISA MASTER 聯合信用卡 JCB

信用卡卡號：_____ 信用卡有效期限：西元_____年____月

持卡人簽名：_____（與信用卡簽名同字樣）

C.捐款人基本資料

姓名/單位(收據抬頭)：_____

身份證字號(公司統一編號)：

性別： 男 女 生日：民國_____年____月____日

通訊地址：_____

E-mail：_____

聯絡電話：(0) _____ (H) _____ (手機) _____

D.資料寄發方式

1. 收據寄送： 每次扣款成功後寄發 年終寄發年度捐款憑證 不必寄發

2. 顏顏會訊寄送： 請郵寄給我 不必郵寄

3. 是否訂閱顏顏電子報： 訂閱 取消

感謝您的捐款！資料填妥後請傳真或郵寄至本會！

電話：(02) 2719-0408 傳真：(02) 2712-8002 地址：台北市民生東路四段 54 號 7F 708 室