

天主教私立聖十字架療養院

捐款授權書

立案文號(79)府民社字第049046號
法人登記簿第2冊第32頁,89證字第14號

一·基本資料：

捐款人：_____ (正楷)

收據抬頭：_____ (可與捐款人不同)

出生年月日：_____年_____月_____日。身份證字號：_____

聯絡電話：() _____ 行動電話：_____

E-Mail：_____

收據地址：□□□-□□□_____

收據寄發方式：□按月寄送 □年度彙總 □免寄 (捐款收據可抵扣您的年度所得稅額)

二·捐款金額：

單次捐款 每季捐款 每半年捐款 捐款金額\$_____

定期捐款：○每月100元 ○每月200元 ○每月500元 ○每月1000元

○每月2000元 ○其他金額每月_____元

起始日期：於_____年_____月起至_____年_____止

三·捐款方法：

郵局轉帳捐款：(每月20號申請扣款、假日提前一日)

局號：_____ 帳號：_____ 戶名：_____

立委託書人簽章_____ (本授權書係由帳戶本人簽署)

【授權人同意於郵局直接轉帳金額與應繳帳款金額不符時，請自行向天主教私立聖十字架療養院查詢理清，概與郵局無涉。】

信用卡捐款：(每月20號申請扣款、假日提前一日)

信用卡別：○聯合信用卡 ○VISA ○MASTER ○JCB

信用卡號：_____ 授權碼：_____ (卡片後三碼)

有效期限：至西元_____年_____月截止

發卡銀行：_____

持卡者姓名：_____ (正楷)

持卡者簽名：_____ (請與信用卡背面簽名一致)

*提醒您多留意信用卡上的有效期限，以避免我們漏接您的愛心！

*為維護您捐款資料的安全請【傳真】或【掛號郵寄】至

天主教私立聖十字架療養院 電話：(089) 811073 傳真：(089) 810112

地址：956-51 台東縣關山鎮中福里中正路55號