

天主教私立聖十字架療養院  
信用卡捐款授權書

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

填寫日期: 年 月 日

一、收據基本資料：

捐款人：\_\_\_\_\_

收據抬頭：\_\_\_\_\_ (可與持卡人不同)

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：\_\_\_\_\_

收據寄送方式：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、授權資料：(每月 20 日申請捐款授權、如遇假日提前辦理)

持卡人姓名：\_\_\_\_\_。聯絡電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。身份證字號：\_\_\_\_\_

信用卡別：聯合信用卡 VISA MASTER JCB

信用卡號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

有效期限：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (同信用卡期限格式) 授權碼：\_\_\_\_\_ (卡片背面三碼)

發卡銀行：\_\_\_\_\_

持卡者簽名：\_\_\_\_\_ (請與信用卡背面簽名一致)

三、捐款金額及期間：

單次捐款：新台幣 \_\_\_\_\_ 元整

定期捐款：每月新台幣 \_\_\_\_\_ 元整

定期捐款期間：由 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月起 至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 止  
(未填寫捐款期間截止日者，將同信用卡有效期限，或來電通知停止。)

感謝您使用「信用卡捐款」支持我們的服務

信用卡換卡、升級或掛失、停用、資料異動等，需重新填寫授權書。

授權書填妥後請以【傳真】或【掛號郵寄】方式送達。《傳真後請與我們聯繫》

天主教私立聖十字架療養院 地址：956-51 台東縣關山鎮中福里中正路 55 號

電話：(089) 811073 傳真：(089) 810112