

一、收據基本資料:

收據抬頭: _____

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 (本院未使用捐款電子申報)

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: 於 _____ 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

◆依財團法人法第25條規定, 除捐款人事先表示不同意公開外, 需主動公開捐贈人相關資料(全名、日期、金額、用途等), 若未勾選, 將以同意來公告。 同意公告 不同意公告