



——信用卡付款授權書——

茲授權\_\_\_\_\_銀行(以下稱指定銀行)在本人(以下簡稱持卡人)之

VISA  MASTER  JCB  聯合信用卡

信用卡帳戶代付本人捐助乙方之款項，本人將依約定條款，按指定銀行之繳款通知書向指定銀行支付各項款項。

一、基本資料：

姓名：\_\_\_\_\_性別： 男  女

出生日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

聯絡電話：(宅)\_\_\_\_\_ (公)\_\_\_\_\_ (手機)\_\_\_\_\_

是否寄發收據： 否  是

收據抬頭：\_\_\_\_\_

收據地址：--\_\_\_\_\_

收據寄送：按年寄送 按半年寄送 按月寄送

二、信用卡資料：

VISA  MASTER  JCB  聯合信用卡

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

有效期限：西元\_\_\_\_年\_\_\_\_月止，卡片末3碼\_\_\_\_\_

發卡銀行名稱：\_\_\_\_\_

身份證字號：\_\_\_\_\_

持卡人簽名：\_\_\_\_\_ (與信用卡背面簽名相符)

銀行授權號碼：\_\_\_\_\_ (由協會填寫) 授權日期：\_\_\_\_\_ (由協會填寫)

三、款項用途(請勾選，可複選)

<我選擇 加入會員 >

首次入會：2,000元(入會費1,000元，常年會費1,000元，入會費只須繳一次即可)

舊會員(姓名：\_\_\_\_\_)續繳常年會費：1,000元

<我選擇 捐予失智症預防宣導 >

10,000元/月 5,000元/月 3,000元/月 2,000元/月 1,000元/月

其它金額：\_\_\_\_\_元 (歡迎隨喜捐助)

<我選擇 購買書籍：走向生命中點的健康路 > (失智症家屬照顧心路歷程)

1本200元 2本400元 3本600元 5本1,000元 10本2,000元

其它本數：\_\_\_\_\_元 (限量200本) 所得捐於失智者協會使用

四、捐款方式：

我願意授權每月自動從信用卡代扣所勾選各項金額，共計\_\_\_\_\_元

我願意授權從信用卡代扣所勾選各項金額，僅限單一次捐款。

有任何疑問歡迎來電詢問：04-2302-7108分機302 會計詹小姐 \*將此表列印後填妥，傳真至04-23027828

或郵寄至：403 台中市西區忠明南路203號 社團法人中華民國失智者照顧協會收