



財團法人高雄市私立紅十字會育幼中心信用卡捐款授權書

填寫日期：民國____年____月____日

No.

填表人		E-MAIL	
電話	(日)	(夜)	(行動)
身分證字號(公司統編)			
地	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
址	(郵遞區號)		
捐款方式及收據刊物處理	<input type="checkbox"/> 單次	捐款金額：新台幣_____元整	
	<input type="checkbox"/> 每月	一、捐款期間：中華民國____年____月至____年____月止 二、每次捐款金額：新台幣_____元整 三、請勾選一項授權直接轉帳日： <input type="checkbox"/> 每月 5 日 <input type="checkbox"/> 每月 20 日	
	一、捐款收據處理： <input type="checkbox"/> 每次均開 <input type="checkbox"/> 年度累開一次 <input type="checkbox"/> 不寄收據 收據抬頭：_____		
	二、紅十字兒童季刊： <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 寄送地址：_____		
持卡人資料	姓名：_____		身分證字號：_____
	發卡銀行：_____		
	卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> 其它：		
	卡號： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
信用卡有效期限：____月____年(西元)			
信用卡簽名：_____		(簽名須與信用卡相同)	
育幼中心審核使用欄		金融機構使用欄	
		主管：_____ 經辦：_____	

說明：

- 請以正楷填寫本授權書，填寫完成請傳真至(07) 5314707 總務組(煩請來電與我們確認傳真成功，查詢電話(07) 5512101)，或郵寄 804 高雄市鼓山區登山街 26 號高雄市私立紅十字會育幼中心總務組收
- 如需終止定期捐款請以電話(07) 5512101 通知我們