**高雄市自閉症協進會**

**信用卡轉帳捐款授權書**

**感謝您對高雄市自閉症協進會的愛護與支持，為了讓您的捐款方式更為簡便，可採用信用卡捐款方式。請將下列授權書中填妥您的資料，郵寄或傳真回本協會，我們將速為您辦理。在收到捐款後，將立即寄上收據，本會捐款收據可作為申報所得稅贈與憑證。謝謝您！**

**編號：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | | | **身份證字號** | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **電話：(公)　　　　　　　　 (宅)**  **(手機)** | | | | | | | | | | | | | |
| **聯絡地址**  **□□□　　　　縣　　　市(區)　　　路(街)　　段　　巷　　弄　　號　　樓　　室**  **(郵遞區號)　　　(市)　　 鄉(鎮)　　　村** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **信用卡別** | * **VISA　CARD　　□ JCB　　　□聯合信用卡　　□MASTER CARD** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **發卡銀行** | | | | **信用卡卡號** | | | | | | | | | | | | |
| **卡片背面簽名欄上數字後三碼** | | | | | | **信用卡有效期限**  **至　　　年　　　　月　　　　日** | | | | | | | | | | |
| **每月轉帳金額：□二佰元　　□伍佰元　　□自訂金額　　　　　　元(請勾選一項)**  **轉帳期間：民國　　　年　　　月起至民國　　　年　　　月止** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **捐款用途**  **(擇一勾選)** | | **□會務基金　□日服基金**  **□其他** | | | | | **授權碼（捐款人勿填）** | | | | | | | | | |
| **持卡人簽名(須與信用卡簽名一致)** | | | | | | | **高雄市自閉症協進會審核蓋章** | | | | | | | | | |