地址:高雄市新興區中正三路28號9樓

電話:07-2367763 傳真:07-2363775

**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，可採用信用卡捐款的方式。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: | | 身分證字號 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話: (公司) (住宅)  (手機) | | | | | | | | | | | |
| 聯絡地址:  □□□(郵遞區號)  縣/市 市/區/鄉/鎮 路(街) 段 巷 弄 號 樓 室 | | | | | | | | | | | | | |
| 信用卡別 | □VISA CARD □JCB □聯合信用卡  □MASTER CARD □美國運通卡(請填寫識別碼□□□) | | | | | | | | | | | | |
| 發卡銀行 | | | | 信用卡卡號  **- - -** | | | | | | | | | |
| 卡片背後簽名欄上數字後三碼: | | | | 信用卡有效期限至  年(西元) 月 日 | | | | | | | | | |
| 每月轉帳金額: □兩百元 □五百元 □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(請擇一勾選)  □會務基金 □日服(小作所)基金 | | | | | | 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 | | | | | | | |