

社團法人臺東縣南迴健康促進關懷服務協會

信用卡授權捐贈單

持卡人姓名： \_\_\_\_\_ 身分證字號： \_\_\_\_\_

信用卡卡別：VISA MASTER JCB 聯合信用卡

簽名：

信用卡卡號：---

(與信用卡上簽名一致)

信用卡有效期限：西元 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 發卡銀行：

信用卡捐款起迄日：不指定；西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 起至 西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月止

收據抬頭：同持卡人 其他 \_\_\_\_\_

聯絡電話：(0) \_\_\_\_\_ (H) \_\_\_\_\_ 手機： \_\_\_\_\_

地址：-

E-mail：

捐款金額及方式：

- ※捐款方式：1. 單次捐款金額： \_\_\_\_\_ 元  
2. 每月定期捐款金額 1000 元 1500 元  
其他 \_\_\_\_\_ 元

※捐款用途：指定改善南迴醫療；一般捐款

※捐款收據寄發方式：將於每年年底結算開立捐款證明收據。  
亦歡迎來電詢問相關問題。

★若不使用信用卡捐款，可向本協會索取郵局轉帳授權書，或是採用郵政劃撥捐款，若有任何問題，歡迎來電詢問。

★請確認收據姓名，收據開立後即無法更改姓名，謝謝。

\*信用卡若有任何異動，煩請來電告知。

\*本單填妥後，請傳真或郵寄至本協會。

\*若要取消扣款，請來電通知。

\*本授權書自即日起生效，並於每月 20 日扣款（超過 20 日則順延至下月）

協會地址：台東縣達仁鄉土坂村 4 鄰 69-2 號

電話：089-792246

南迴醫院籌備處地址：臺東市中興路二段 191 號

信箱：4141southlink@gmail.com

電話：089-239805、238413 傳真：089-239802

聯絡人：朱小姐