



財團法人天主教會花蓮教區附設私立安德啟智中心

信用卡捐款授權書

※ 捐款授權注意事項：

1. 收到捐款授權書後，承辦人將以簡訊或電話通知，若您七天內未收到通知，請與我們聯絡。
2. 若您捐款資料異動時，請通知我們更改捐款資料；若您要停止捐款，亦請通知我們！
3. 完成扣款後，您的信用卡帳單明細上將出現「安德啟智中心」，請您特別留意。
4. 財務聯絡資訊如下：

專線：(03) 888-6218、 收件地址：981 花蓮縣玉里鎮博愛路 51 號、

傳真：(03) 888-5424、 財務 E-mail：hualien.andrew@gmail.com。

首次填單 重新授權

捐款人建檔編號：

捐款人基本資料	捐款人 (收據抬頭)			
	身分證字號 /統一編號		生日	年 月 日
	連絡電話	(公)	(宅)	(手機)
	通訊地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (郵遞區號) 縣/市 市/區/鄉/鎮 路/街 段 巷 弄 號 樓		
	捐款金額 捐款方式	<input type="checkbox"/> 我願意成為安德啟智中心定期捐款人，每月_____元。 自_____年_____月起至_____年_____月止(次月停止扣款)或通知取消為止。 <input type="checkbox"/> 我願意單次捐款，本次捐款金額共計_____元整。		
	相關資料	1、收據寄發方式： <input type="checkbox"/> 當月寄送 <input type="checkbox"/> 隔年1、2月寄發年度收據 <input type="checkbox"/> 免寄。 (因目前尚無上傳國稅局之服務，若需報稅請勾選當月或年度寄送。) 2、免費刊物： <input type="checkbox"/> 請寄發 <input type="checkbox"/> 請勿寄發。		
扣款人信用卡資料	持卡人姓名		信用卡卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB
	身分證字號		發卡銀行	銀行
	信用卡卡號	_____ - _____ - _____ - _____		
	持卡人簽名 (與卡片背面相符)		信用卡有效期	/ (月/年)