

每月定期定額捐款，您可以幫助我們更多！

【信用卡捐款授權書】

授權碼：

交易日期：

姓名		性別		身份證字號	
行動電話					
家用電話		E-mail			
通訊地址	□□□-□□□				
信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> 聯合信用卡				
信用卡號	□□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□末三碼□□□				
有效期限	西元	月/	年	發卡銀行	
持卡人簽名	(請列印親簽並與信用卡簽名相同)				
我願意每月定期定額捐款 _____ 元 <input type="checkbox"/> 定額捐款： <input type="checkbox"/> 24 個月 <input type="checkbox"/> 18 個月 <input type="checkbox"/> 12 個月 <input type="checkbox"/> 6 個月 <input type="checkbox"/> 單筆捐款 _____ 元					
請填寫收據開立方式： <input type="checkbox"/> 年度彙整寄發 <input type="checkbox"/> 按月開立寄發 <input type="checkbox"/> 無需收據不用寄發 捐款收據抬頭：_____ 身份證字號：_____ 捐款收據地址：□□□□□□_____					

捐款方式說明：

為了讓服務推展能更順利，本會與聯合信用卡處理中心合作推出「信用卡聯合捐款服務」，如您願意透過信用卡捐款支持本會，請填妥【信用卡捐款授權書】基本資料，並於持卡人簽名欄位親筆簽名確認後，利用掃描或拍照等方式回傳至本會信箱或郵寄本會地址。

將由協會工作人員進行線上請款，完成扣款後，也會將捐款收據郵寄至您所指定的收件地址，並登錄於本會捐款芳名錄中，以感謝您的善行義舉！

本會信箱：service@forblind.org.tw

本會地址：103039 台北市大同區庫倫街 7 號 2 樓『社團法人中華民國視障者家長協會』收，如需了解詳情可電洽：(02) 2599-5210 詢問，謝謝！