

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院
捐款授權書

(此欄免填) 電腦編號：

本人願意授權 <input type="checkbox"/> 單次 <input type="checkbox"/> 每月定期 <input type="checkbox"/> 每季定期 <input type="checkbox"/> 每半年定期 <input type="checkbox"/> 每年定期	捐款人姓名：
以信用卡方式捐款：	身分證字號：
(新台幣) 億 仟萬 佰萬 拾萬 萬 仟 佰 拾元(整)	統一編號：
	出生日期：民國 年 月 日

聯絡電話 (公)：()	行動電話：
(宅)：()	傳真：()
E - Mail：	

通訊地址：□□□ □□ (郵遞區號)
縣 市區 里 路 段 巷 弄 號 樓之
市 鄉鎮 村 街

信用卡資料
發卡銀行： 銀行 授權號碼：.....
<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> NCC 【持卡人勿填】
信用卡卡號： _____ - _____ - _____ - _____ 信用卡背面末三碼：.....
有效期限：至 ____ / ____ (月 / 年)
持卡人簽名： _____ (請與信用卡背面簽名欄簽名相同)
授權日期：.....
簽署日期： 年 月 日 【持卡人勿填】

收據抬頭： <input type="checkbox"/> 同捐款人 <input type="checkbox"/> 其它：()
收據地址： <input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 另外郵寄：()
敬請註記勾選：◎列示芳名錄 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ◎郵寄感謝函 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

捐款類別： <input type="checkbox"/> 社會服務醫療暨急難救助 <input type="checkbox"/> 醫學研究發展 <input type="checkbox"/> 員工培育 <input type="checkbox"/> 教學研究大樓募款
捐款授權書需本人親筆簽名，填妥後請郵寄或傳真至本院。
捐款聯絡電話：(02)2897-0011 財務部分機 3902 傳真 FAX：(02)2897-4141 郵政劃撥帳號：14403483
網址： http://www.kfsyscc.org/ 地址：(112)台北市北投區立德路 125 號

商店代號： 【持卡人勿填】

授權自動轉帳付款條款

本人茲授權醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院，金融單位得自本人帳戶進行付款作業，以支付本人給醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院的捐款，但本人帳戶內無足夠餘款時，金融單位得拒付上述帳款，且應將此存款不足之事實通知醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院。

本人同意，本人取消或更改本授權之任何事項，應於每月月底前通知醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院，由醫院轉知金融單位後，於下一月份開始生效。