

**一般信用卡捐款授權書**

親愛的光仁支持者您好，光仁社會福利基金會請您：

1.務必將下列各資料填寫完整，填完傳真至(02)2378-1268或郵寄至北市大安區樂利路94號

光仁社會福利基金會 收。

2.若聯絡住址變更或信用卡資料有異動，請來電或上網索取填寫並回傳『信用卡變更異動書』，以便與各位聯繫。

填表日期：__年__月__日

一、信用卡資料

持卡人姓名			身份證字號	□□□□□□□□□□			
卡別	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTER	<input type="checkbox"/> JCB	<input type="checkbox"/> 聯合信用卡(U卡)			
卡號	□□□□□□-□□□□□□-□□□□□□						
銀行別				卡片背面末三碼			
有效期限	□□月/西元□□□□		持卡人簽名				
	□年		(請與卡片背面相符)				
捐款方式	<input type="checkbox"/> 固定每月捐款						
	每次捐款 <input type="checkbox"/> 2000元 <input type="checkbox"/> 1000元 <input type="checkbox"/> 500元 <input type="checkbox"/> 其他 _____元						
	捐款期間：__年__月起至__年__月止						
	<input type="checkbox"/> 單次捐款：_____元						

二、捐款人基本資料

收據抬頭	<input type="checkbox"/> 同持卡人						
	<input type="checkbox"/> 其他抬頭 _____						
	身份證字號/(公司)統編 □□□□□□□□□□						
收據地址							
聯絡電話	手機：		電話：(0)		(H)		
學歷	職業		生日		年 月 日		
E-mail							
訂閱資訊	<input type="checkbox"/> 定期半年刊(郵寄)		<input type="checkbox"/> 不定期活動簡訊(mail)				
收據寄送	<input type="checkbox"/> 每月寄送		<input type="checkbox"/> 年度寄送				

三、捐贈用途(請勾選)



財團法人天主教光仁社會福利基金會

基金會統籌運用

兒童早期療育服務基金

成人心智障礙者庇護商店服務基金

成人心智障礙者日間照顧基金

成人心智障礙者住宿服務基金

兒童早療持續就學基金