



我願意用信用卡響應社團法人台南市腦性麻痺之友協會愛心捐款

【信用卡捐款資料】

信用卡持卡人

信用卡卡號：_____ - _____ - _____

信用卡有效期限：_____月_____年。發卡銀行：_____銀行

持卡人姓名：_____

持卡人身份證號：_____

持卡人簽名：_____

每月捐款：新台幣\$ _____元整。（若您要停止定期捐款請來電告知，謝謝！）

定期捐款：新台幣\$ _____元整。（季捐 半年捐 每年_____月捐）

單次捐款：新台幣\$ _____元整。

【捐款人基本資料】

收據開立(可與持卡人不同)

捐款人姓名：
(公司行號抬頭) _____

捐款人身份證號：_____

捐款人生日：西元_____年_____月_____日

收據抬頭：_____

通訊地址：□□□ _____

連絡電話：【公司】() _____分機 【住家】() _____

行動電話：09 - _____ 傳真電話() _____

E-Mail：_____

收據寄送方式：每月寄發收據 每年底統一寄發收據方便報稅 其它：_____

會訊贈閱：需要 不需要

請將資料填妥傳真至台南市腦性麻痺之友協會 24小時傳真專線：(06)208-7921

或郵寄至：台南市704北區小東路423巷3號 歡迎您來電洽詢：(06)235-0254