



社團法人中華民國紅鼻子關懷小丑協會 Dr. Red Nose Association

信用卡授權扣款同意書 Donation Form

本人因無法親自消費，特立此書同意以信用卡支付下列款項

『欲以刷卡捐款者，請詳實填寫下列表格內各項資料，傳真至本協會 經辦人收』

| | |
|--|--|
| 姓名 Cardholder's name : | 聯絡電話 Phone no. : |
| 卡別 Credit card : <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB | |
| 信用卡卡號 Credit card number : | |
| 有效期限 Expiry date : 月 MM/ 年 YY | 卡片背面末三碼 Security Code : (為聯合信用卡中心規定，煩請務必填寫) |
| 捐款收據抬頭 Receipt letterhead : | |
| 統一編號 VAT No. : | |
| 收據需求 Receipt : <input type="checkbox"/> 單筆收據 <input type="checkbox"/> 年度收據 <input type="checkbox"/> 不需收據 (自動上傳國稅局) | |
| 捐款日期 Date : | |
| 捐款金額 Donation amount : 新台幣 元整 TWD : 元 | |
| 捐款期數 Number of periods | |
| <input type="checkbox"/> 單筆 <input type="checkbox"/> 定期定額 : 期 | |
| <input type="checkbox"/> 本人授權社團法人中華民國紅鼻子關懷小丑協會，直接由本人之信用卡 (上述卡號) 扣取上述金額，作為贊助協會年度醫院演出活動之相關支應使用。上述信用卡之內容經本人確認無誤，如有不實之處，願負所有相關法律之責。 | |
| <input type="checkbox"/> I authorized Dr. Red Nose Association to deduct the payment (the amount as written above) via my credit card as provided above for supporting the annual hospitals activities only. | |
| ➤ 持卡人簽名 Cardholder Signature : | |
| 對於捐款方式或填寫此表單有任何疑問，歡迎來電或信箱與本協會洽詢。(聯絡方式如頁尾) Any question about the donation method or about this form, please contact the association as the contact detail below. | |
| 以下由本協會填寫 for Dr. Red Nose Association only | |
| 協會名稱 : | |
| 授權日期 : 年 月 日 授權號碼 : | |

- 本表請保留20個月以保障權益。The form will be kept up to 20 months. Any personal data collected will be used for receipting and fundraising only. All data will be kept strictly confidential.
- 銀行只負責金流服務，不涉及捐款及服務的爭議。The bank is only in charge with transfer service, does not involved in any dispute about donation issue.