**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 | □ VISA □ MASTER □ JCB □ AE □ 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 □定額捐款：□ 24個月 □ 18個月 □ 12個月 □ 6個月□單筆捐款\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 |
| 請填寫收據開立方式： □年度彙整寄發　 □按月開立寄發　 □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！