



臺灣基督教門諾會醫療財團法人

信用卡捐款專用授權書

地址:970 花蓮市民權路 44 號 發展部 2023.7 修訂

傳真號碼:03-8236499 email:mch_tks@mch.org.tw 洽詢電線 03-8241241 • 0800-057746

依「個人資料保護法」規定，在取得您的個人資料時，需告知下列事項並得到您的同意：

- (1)為了進行各項捐款事務辦理目的，取得您的姓名等個人資料（詳本授權書），按需要交予銀行辦理扣款，及寄發捐款收據或告知活動資訊之用。為確保交易安全，提醒您請勿冒用他人信用卡。
- (2)個人資料蒐集之特定目的存續期間，依相關法令規定或授權捐款所必須之保存期間。
- (3)您可以要求查詢、更正、刪除，或停止利用個人資料，如因此無法完成您捐款行善的目的，尚祈見諒。
- (4)如您已了解並同意本授權書中所填載之個資權益保護之相關規定，請簽名後將授權書回傳至本法人。

授權人_____（請正楷填寫） 填表日： 年 月 日

◎謝謝您的捐款支持，收到授權書後，我們將以手機簡訊回覆您。

一般捐款授權 換卡捐款授權 額外捐款授權

持卡人		身分證字號	
		手機	
收據抬頭		身分證字號	
		白天聯絡電話	
收據寄發地址			
E-mail			
捐款期間、金額	<input type="checkbox"/> _____年_____月捐款一次，新臺幣_____元。		
	<input type="checkbox"/> _____年_____月至_____年_____月止，每月捐款新臺幣_____元。		
	<input type="checkbox"/> 即日起每月捐款新臺幣_____元，至信用卡有效期限止。		
捐款項目 ※敬請勾選。如無，則視為同意本法人歸入之項目	<input type="checkbox"/> 老人長照	<input type="checkbox"/> 老人暨長期照護基金	<input type="checkbox"/> 部落共餐專案
	<input type="checkbox"/> 醫療設備	<input type="checkbox"/> 醫療發展基金	<input type="checkbox"/> 醫療發展基金-醫療儀器
		<input type="checkbox"/> 東部老人暨身障醫療照護(衛部救字第 1121363278 號)	
	<input type="checkbox"/> 弱勢貧病	<input type="checkbox"/> 社會服務暨貧病照護基金	<input type="checkbox"/> 居家早療專案
	<input type="checkbox"/> 偏鄉醫療	<input type="checkbox"/> 山地暨社區醫療照護基金	<input type="checkbox"/> 東區視力保健中心 <input type="checkbox"/> 矯具義肢專案
	<input type="checkbox"/> 安寧照護	<input type="checkbox"/> 安寧療護暨癌症防治基金	
<input type="checkbox"/> 醫護培育	<input type="checkbox"/> 花東醫療照護人才培育暨留任基金		
	<input type="checkbox"/> 東部醫護人員培育(衛部救字第 1121362297 號)		
收據寄發方式	<input type="checkbox"/> 年底匯總寄送 <input type="checkbox"/> 按次(月)寄發 <input type="checkbox"/> 不寄收據		
個人捐款資料上傳國稅局	<input type="checkbox"/> 同意。請確實填寫收據抬頭身分證字號，可於所得稅申報時下載捐款資料。 <input type="checkbox"/> 不同意。若未勾選將依國稅局來函辦理上傳。		
門諾訊息	門諾月報： <input type="checkbox"/> 同意寄發 <input type="checkbox"/> 電子報 活動訊息： <input type="checkbox"/> 同意寄發 <input type="checkbox"/> 電子報	※歡迎同意寄發，將可定期收到門諾訊息，關心門諾各項事工。	
捐款到期/異常提醒	<input type="checkbox"/> 信函 <input type="checkbox"/> 手機簡訊 <input type="checkbox"/> E-mail:		

信用卡資料 捐款每月 25 日進行扣款，遇例假日則提前。

發卡銀行：_____ 卡別：VISA MASTER JCB 聯合信用卡

信用卡卡號：_____ - _____ - _____ - _____

有效期限：月/年_____ / _____ 持卡人簽名：_____（同信用卡背面簽名）