

捐款確認單

——您的支持與鼓勵 將改善他們的未來——

姓名		性別	
電話		傳真	
E-mail			
郵件地址			
捐款金額			
捐款收據 抬頭			

捐款方式：

- ☐ 現金
- ☐ 支票 抬頭請開立「中華民國腦性麻痺協會」
- ☐ 劃撥 帳號：16380438 戶名：中華民國腦性麻痺協會
- ☐ 滙款 ☐ 轉帳

銀行帳號：華南銀行-信維分行 149-10-009643-1

戶名：社團法人中華民國腦性麻痺協會

(滙款或轉帳後請提供滙款資料或轉帳後 5 碼，傳真至 02-2891-1389 或聯絡電話 02-2892-6222#207，俾便提供會計查詢，感謝！)

- ☐ 信用卡捐款 (資料填寫如背面)



中華民國腦性麻痺協會

THE CEREBRAL PALSY ASSOCIATION OF R.O.C.

電話：02-2892-6222#207 傳真：02-2891-1389

地址：11268 台北市北投區大業路 166 路 5 樓

信用卡捐款授權書

捐款者姓名：_____ 性別：☐ 男 ☐ 女

地址：_____

聯絡電話：(H) _____ (O) _____ (手機) _____

E-mail：_____

信用卡別：☐ VISA CARD ☐ MASTER CARD ☐ 聯合信用卡
☐ JCB 卡

卡號：_____ 發卡銀行：_____

信用卡有效期限：西元____年____月 信用卡辨識碼(背面末三碼)：_____

持卡人身份證字號：_____

捐款金額：

☐ 單次捐款金額：NT\$____萬____仟____佰____拾____元整(大寫)

☐ 定期捐款：☐ 月捐 ☐ 季捐 ☐ 半年捐 ☐ 年捐

捐款日期自：____年____月____日起，至____年____月____日止共____次

每次捐款金額：NT\$____萬____仟____佰____拾____元整(請大寫)

持卡人簽名：_____ (需與信用卡背面
簽名一致)

填寫日期：____年____月____日

收據寄發方式：☐ 年度匯總一次寄發(隔年 2 月底前寄) ☐ 按月寄發(每月 30 日前寄)

感謝您的支持，資料填妥後請傳真至 (02)2891-1389 我們收到捐款後即寄上捐款收據(可抵減所得稅額)，本單可複印使用，歡迎將此訊息傳遞各處，共同關懷腦性麻痺及身心障礙朋友。