

您的愛心，是改變他們的開始

腦麻人士需要克服身體障礙、忍受疼痛

花上一般人 5-10 倍的時間，

才能達到一般人生活自理的目標

讓我們共同協助全國八萬名腦麻人士

您的支持將改變他們的世界

捐款方式

☐ 現金

☐ 支票 抬頭請開立「社團法人中華民國腦性麻痺協會」

☐ 滙款 ☐ 轉帳

銀行帳號：國泰世華銀行(013)永和分行

009-03-500604-1

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.

您的愛心，是改變他們的開始

腦麻人士需要克服身體上的障礙、忍受疼痛需花上一般人 5-10 倍的時間，才能達到一般人生活自理的目標，讓我們一起幫助這群腦性麻痺的孩子，讓他們接受更完善的照顧

捐款人資料

*捐款人姓名：☐先生☐小姐 出生年月日____年____月____日

聯絡電話：(H) (O) 行動電話：

寄送地址：☐☐☐☐-☐☐

捐款人身分證字號：

E-mail：

信用卡捐款授權書

捐款日期：自 年 月 日起至 年 月 日止

☐每月定期捐款：_____

☐單筆捐款：_____

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)

發卡銀行_____

信用卡卡號：

☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐

信用卡有效期限：西元____年____月 持卡人簽名：

(需與信用卡背面簽名一致)

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

收據抬頭：☐同捐款人姓名 ☐其他：_____

收據地址：☐同捐款人地址 ☐其他：_____

☐願意收到腦麻會訊(紙本) ☐願意收到公益活動通知

請填妥資料後請傳真至(02)2707-3537

郵寄至 11268 台北市北投區大業路 166 號 5 樓 中華民國腦性麻痺協會收

腦麻協會專線：(02)2892-6222 轉 203 (林小姐)

腦麻協會公益小組專線(02)2708-5389

--您的支持與鼓勵 將改善他們的未來---