

伊甸社會福利基金會

地址：台北市文山區萬和街6號4樓 捐款部

電話：(02) 2230-6685 傳真：(02) 8230-1207 傳真完成請來電確認

信用卡捐款轉帳付款授權書 e

- 失能家庭計畫 300元/月 500元/月 1200元/月 1萬/年 5萬/年
 弱勢兒童服務 300元/月 500元/月 1200元/月
 身心障礙者服務計畫 300元/月 500元/月 1200元/月
 老人安養服務 300元/月 500元/月 1200元/月
 弱勢社區服務 300元/月 500元/月 1200元/月

捐款人資料

◆◆◆為了方便資料處理請務必填寫◆◆◆

定期捐款 不定期捐款

捐款人編號：_____

填單日期： 年 月 日

收據抬頭	同意基金會將捐款資料提供財政部作為年度綜合所得稅申報(請提供收據抬頭身分證字號)				
出生年月日	<input type="checkbox"/> 是_____				
持卡人姓名(正楷) (請加身分證字號)	電話：(公) (宅) (行動電話)				
聯絡地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號)	縣 市	市區 鄉鎮	路(街) 巷	段 弄	號 樓 室
發卡行		有效 期限		E-MAIL	
信用卡號碼				捐款起 始日期	加入日期 / 終止日期 (未填者欲停止捐款時請電話通知)

本人同意提供上述之信用卡帳號，每月半年年由發卡銀行代撥捐款金額新台幣
 \$_____元整，捐贈伊甸社會福利基金會作為服務基金。並依照信用卡使用約定，
 一經使用均應按所出示之全部金額付款於發卡銀行。

持卡人簽名

(同卡片背面簽名)

※法定告知及同意事項：伊甸基金會為辦理及管理各項捐款及推廣章程所訂各項業務事宜，須於本會營運期間在台灣及海外地區蒐集、處理及利用捐款人前項個人資料，捐款人得隨時請求查詢、閱覽、提供複本、補充、更正、停止或刪除之。如有相關疑問請致電本會洽詢。

※本會依財團法人法第25條規定應公開捐贈者名稱及捐款金額，請您勾選同意不同意公開前開資料，如無勾選時，本會將依法以同意公開方式辦理。

1.收據寄發方式：不寄

電子(年度彙總寄發 按月寄發)

紙本(年度彙總寄發 按月寄發)

2.免費刊物：電子報 紙本 不寄

3.職業：公 商 工 軍 服務 自由業 學生 家庭主婦 退休人士 待業中 其他_____

4.信仰：基督教 天主教 佛教 道教 一貫道 其他_____

5.教育程度：碩士以上 大學/大專 高中職 國中 國小