

2022[伴弱勢癌友翻轉抗癌路] 愛心回覆單

請填寫並傳真至(02)3322-1719 · 煩請來電與基金會確認(02)3322-6287#186

捐款人姓名		E-mail	
連絡電話	(宅/公) _____ 分機 _____ (手機) _____		
通訊地址			
捐款收據抬頭	<input type="checkbox"/> 同上(捐款人) <input type="checkbox"/> 其他 _____ 身分證字號/統一編號 _____		
捐款收據	地址： _____ 開立方式： <input type="checkbox"/> 年度寄發 <input type="checkbox"/> 單次寄發 <input type="checkbox"/> 不需要寄發 <input type="checkbox"/> 以身分證字號上傳國稅局		
※依據財團法人法第 25 條規定，本人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 以收據抬頭之名稱公開徵信(如未勾選者將視為同意)			
捐款金額	<input type="checkbox"/> NT500 元 <input type="checkbox"/> NT1,000 元 <input type="checkbox"/> NT1,500 元 <input type="checkbox"/> NT3,000 元 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 元		
捐款方式	<input type="checkbox"/> 單筆捐款		
	<input type="checkbox"/> 每月定期捐款 (僅限信用卡，如需使用郵局及銀行定期扣款，請洽(02)3322-6287#181) <input type="checkbox"/> 捐款期間 自民國 _____ 年 _____ 月起至 _____ 年 _____ 月止，總計金額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 不設期限，如欲終止請來電通知。		
付款方式(請自行勾選)			
※專款專用，故請於備註欄註明「弱勢癌友」			
<input type="checkbox"/> 信用卡授權	發卡銀行： _____ 有效期限： _____ 月 _____ 年 信用卡別： <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB 信用卡號： _____ - _____ - _____ - _____ 持卡人簽名： _____ (同信用卡背面簽名)		
<input type="checkbox"/> 其他方式	<input type="checkbox"/> 銀行匯款 或 <input type="checkbox"/> ATM 轉帳 (帳號後五碼： _____) 兆豐國際商業銀行金控總部分行 銀行代號/017 帳號/201-10-647544 戶名/財團法人癌症希望基金會 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥 戶名/財團法人癌症希望基金會 帳號/50191500 備註：伴弱勢癌友翻轉抗癌路 <input type="checkbox"/> 線上刷卡 https://reurl.cc/AKde3Y		

勸募字號:衛部救字第 1101360618 號