



財團法人宜蘭縣私立  
**蘭馨婦幼中心**

LAN-SHIN Women And Children Service Center

信用卡、郵局扣款授權書

中心位址：26543 宜蘭縣羅東鎮光明街 166 號  
中心電話：03-9510518  
中心傳真：03-9614634;9510445  
E-Mail：lanshin4419@gmail.com

填妥以後請以傳真或郵局方式寄回即可

填表日期： 年 月 日

捐款資料：首次填單 換卡授權 再次捐助

捐款人姓名 (捐款收據抬頭)		(營利事業與機關團體之捐贈，請於 2 月底前將免扣繳憑單寄給本中心)										捐款人身分證字號(統一編號)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生日	年 月 日																		
聯絡方式		(H)：					(O)：					傳真：			手機：																					
收據郵寄地址		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										收據 寄送方式		<input type="checkbox"/> 不寄 <input type="checkbox"/> 按月寄送 <input type="checkbox"/> 年度彙總寄送																						
E-MAIL														(年度捐款證明將於隔年三月底前陸續寄發)																						
捐款金額 及捐助方式		<input type="checkbox"/> 我願意成為蘭馨定期捐款人， <input type="checkbox"/> 每月 5,000 元 <input type="checkbox"/> 每月 1,000 元 <input type="checkbox"/> 每月 500 元 <input type="checkbox"/> 其他捐款金額_____元 <input type="checkbox"/> 我願意單捐款，本次捐款及扣款金額總計_____元																																		
捐款用途		<input type="checkbox"/> 支持蘭馨 <input type="checkbox"/> 「守護愛」 <input type="checkbox"/> 百元俱樂部																																		
捐款方式 (二擇一)	信用卡捐款	信用卡卡號																																		
		發卡銀行		信用卡卡別		<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> 聯合信用卡																														
		持卡人姓名 (正楷填寫)		持卡人簽名 (同信用卡簽名)																																
		持卡人 身分證字號		信用卡有效期限		_____月_____年																														
			卡片背後末三碼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		授權碼：_____ (由中心填寫)																															
郵局 定期 捐款	存簿儲金 (每月 5 日扣款，遇例假日順延)																																			
	局號																		帳號																	
	身分證字號 (統一編號)		(必填)																請蓋扣款人 原開戶印鑑																	
	本人願意提供以上存款帳戶，授權本人之往來郵局自本人指定帳戶內轉帳扣款，以捐贈財團法人宜蘭縣私立蘭馨婦幼中心。(請於每月 5																																			



日確認您帳戶的餘額，以利扣款轉帳作業)

其他捐款方式：

郵政劃撥：19682676

**蘭馨婦幼中心感謝  
您的支持與贊助！**

※為配合營利事業所得稅申報，營利事業與機關團體之捐贈將逐次開立捐款收據。若收到收據後有疑問，請於七個工作天內來電洽詢 03-9510518#210