

財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會

地址：台北市112063北投區石牌路2段95號2樓之3 電話：(02) 2827-1203 傳真：(02) 2827-1206

信用卡捐款專用授權書

持卡人姓名	手機或電話	
	Email信箱	
收據抬頭	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他： 代墊簽名：	
	身分證字號/統一編號：	
捐贈扣除額 單據電子化	<input type="checkbox"/> 本人同意從 年 月 日開始將捐款資料上傳至稽徵機關以供報稅使用（僅限個人，請填寫身分證號或居留證號）（如欲終止上傳，請書面通知本會）※為響應環保愛地球，同意上傳者，本會不主動寄發紙本。	
徵信錄	依財團法人法第25條財團法人應主動公開資訊包含捐贈者姓名及金額，但經捐贈者事先以書面表示反對者得不公開。如不同意公開捐款資料請來電索取或www.tccf.org.tw下載不同意公開書面，填寫後請務必正本郵寄至本會。	
收據地址	□□□-□□	
捐款方式 (請務必勾選)	<input type="checkbox"/> 我願意單次捐款新台幣： 元整 <input type="checkbox"/> 我願意定期捐款新台幣（每月至少100元）： 元整 捐款方式： <input type="checkbox"/> 月捐 <input type="checkbox"/> 季捐 <input type="checkbox"/> 半年捐 <input type="checkbox"/> 年捐 起訖：自 年 月起至 年 月止 ※結束日期請勿超過信用卡有效期限，如欲停止捐款，請來電通知。	
	<input type="checkbox"/> 本人同意提供下述信用卡帳號，於當月由發卡銀行代扣捐款 ■ 持卡銀行： 銀行 ■ 信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> JCB ■ 信用卡號： ■ 信用卡三碼驗證碼(CVC)： ■ 信用卡有效期限：至西元 年 月 月截止 ■ 持卡人簽名： (需與信用卡簽名相同) ※信用卡扣款日為每個月20日。	
收據寄發	<input type="checkbox"/> 年底匯總一次寄 <input type="checkbox"/> 按月寄發 <input type="checkbox"/> 不寄收據	
免費刊物	<input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要： <input type="checkbox"/> 寄收據地址 <input type="checkbox"/> 請改寄：	
電子報	<input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要	

填妥後請傳真、郵寄或掃描後Email寄回，並請來電確認，謝謝！



反詐騙！本會不會致電捐款人提供信用卡資料

詐騙手法層出不窮，任何不明來電要求匯款或要求操作ATM轉帳均有可能為詐騙請捐款人務必留心，如發覺可疑詐騙情事請撥165反詐騙專線查詢或上165網站查詢。