

## 信用卡捐款轉帳付款授權書

表單編號(由本會填寫)：

填表日期： 年 月 日

捐款人資料(收據開立用)			
收據抬頭		收據抬頭身分證字號 (公司抬頭請填統一編號)	
收據地址	□□□		
聯絡電話	(H)：	手機：	出生年月 民國 年 月 日
Email			
信用卡授權捐款			
信用卡姓名		發卡銀行	
信用卡卡號			
信用卡卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 卡 <input type="checkbox"/> 其他	信用卡有效期限	月/ 年 (依卡片順序填寫，填入西元年)
持卡人簽名			
捐款金額	<input type="checkbox"/> 每月定期定額捐款金額：新台幣 元。		
	授權期限： <input type="checkbox"/> 自民國 年 月起至卡片有效期限止。 <input type="checkbox"/> 自民國 年 月起至 年 月止。		
	<input type="checkbox"/> 單次捐款金額：新台幣 元。		
收 據 (報稅憑證)	紙本收據： <input type="checkbox"/> 不要收據 <input type="checkbox"/> 按次寄送 <input type="checkbox"/> 年度彙總開立一張收據，次年二~三月寄送		
公開徵信	<input type="checkbox"/> 我同意基金會的表達方式(例：林○宏)： <input type="checkbox"/> 請幫我調整為：		
個人資料蒐集、處理、利用同意書			
財團法人臺北市林思宏 X5 醫師慈善基金會 (即個人資料蒐集機關，以下簡稱本會) 為確保捐助人之個人資料、隱私及其他權益之保護，依照個人資料保護法第八條規定明確告知下列事項：			
一、 個人資料蒐集目的：捐助入基本資料之保存、管理、識別等捐贈相關作業之運用以及製作捐贈芳名錄、會訊、電子報等基金會刊物或任何出版品而有委外處理之必要者。			
二、 個人資料範圍與類別：姓名、身分證字號、出生日期、聯絡電話、地址、電子郵件信箱、信用卡卡號及其他得以直接或間接識別本人之資料。			
三、 個人資料利用期間、地區、對象及方式：本會於其存續期間內，得於個人資料蒐集目的範圍內蒐集、處理、利用本人之個人資料，為個人資料蒐集目的範圍內之利用。			
四、 本人依法得行使之權利：依個人資料保護法第三條之規定，本人就所提供之個人資料得行使下列權利：(1)查詢或請求閱覽；(2)請求製給複製本；(3)請求補充或更正；(4)請求停止蒐集、處理或利用；(5)請求刪除。前述權利均得透過任何方式(不包括口頭告知、電話或電子郵件等)。			
五、 拒絕提供個人資料對於捐助入權利之影響：本人充分瞭解，如不同意提供個人資料，捐贈權益可能將受到影響。			
六、 本人已詳閱且同意上述內容，並同意基金會得於上述條件內蒐集、處理或利用本人之個人資料。本人同意就本會對本人所蒐集有關本人眷屬、親友等個人資料，將由本人履行對其如本同意書所列事項之告知義務。本人瞭解，上述內容符合個人資料保護法及相關法規之要求，且同意本會得留存本同意書，供日後查驗。			
七、 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 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 公開前開資料(如未勾選者，將視為同意)。			
此致			
財團法人臺北市林思宏 X5 醫師慈善基金會			
立同意書人：			(必填)
中華民國 年 月 日			

請填寫完授權書，郵寄至 106 台北市大安區復興南路二段 210 巷 9 號，或掃描 Email 至 charity@drx5.foundation。

說明：1.若您有任何疑問，歡迎隨時來電。2.我們收到您的資料後將主動去電與您確認；您亦可來電捐款服務專線 02-2703-6988 至本會查詢。