



106 台北市大安區復興南路二段 210 巷 9 號

TEL : 02-2703-6988

drx5.foundation

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			
*我同意林思宏 X5 醫師慈善基金會將我的捐款資料提供財政部作為年度綜合所得稅申報 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 本會配合財政部辦理捐贈資料上傳，若為個人捐款戶，並提供身分證字號，且同意提供財政部，即可於隔年 3 月起使用憑證下載捐款資料。			
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			
	(請與信用卡簽名一致)		
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：捐助者基本資料之保存、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者權利之影響：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。