



社團法人

台灣愛之光公益協會 捐款資料表 / 信用卡、ACH 轉帳代繳 捐款授權書

捐款人編號(用戶號碼):

授權碼: (此列由本會填寫)

新增 終止 變更

填表日期: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

捐款人姓名		生日	年	月	日
E-mail					
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
電話		行動			
捐款期限	<input type="checkbox"/> 自____年__月至____年__月止 <input type="checkbox"/> 自____年__月至直到本人通知停止 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 單次 捐款 新台幣 _____元整				
收據抬頭	(未填寫視為同捐款人姓名)				
身分證字號 統一編號		收據	<input type="checkbox"/> 逐次開立 <input type="checkbox"/> 年度憑證 <input type="checkbox"/> 其他		

支 持 方 式

<input type="checkbox"/> 信用卡	持卡人姓名: _____ 身分證字號: _____ 發卡銀行: _____ 信用卡別: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 有效期限: _____月_____年(西元) 卡號: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	持卡人簽名(與信用卡簽名同): _____  每月 25 日扣帳,如遇例假日提前一日 工作日辦理。
	立授權書人(即委繳戶) _____ 茲同意 台灣愛之光公益協會(發動者)透過台灣票據交換所媒體交換自動轉帳(ACH)機制自立授權書人於代繳銀行所開立之存款帳戶扣款繳付慈善捐款費用,並遵守代繳銀行及台灣票據交換所之相關規定。本人亦同意發動者將表列資料提供予 貴行、發動行及台灣票據交換所,以辦理本項自動扣款轉帳業務,並已詳閱備註三所列前開機構蒐集本人個人資料之相關告知事項。	立授權書人簽名及蓋章: _____ (原開戶章)
<input type="checkbox"/> ACH 轉帳代繳	委繳戶名: _____ 委繳戶統一證號(身分證字號): _____ 金融機構: _____銀行 _____分行 扣款帳號: _____ <b>一式三份填妥後請郵寄至本會</b>	一、本授權書一式三份,第一份由公司送交代繳銀行核符印鑑,第二份、第三份由委繳戶及公司留存。 二、立授權書人授權並同意 貴局/行按期於自動轉帳日(每月 10 日扣款,遇假日順延),自立授權書人指定之金融機構帳戶內進行自動轉帳扣款作業,以支付捐款給台灣愛之光公益協會。 三、發動行、台灣票據交換所及代繳金融機構為辦理本項自動扣款轉帳業務,蒐集立授權書人之個人資料,相關應告知事項如下: 1.目的:辦理本項自動扣款轉帳業務之用。 2.個人資料類別:身分證字號、扣款帳號及其他上表所列之個人資料。3.期間:個人資料蒐集之特定目的存續期間,依相關法令或契約約定之保存年限,或發動行、台灣票據交換所及代繳金融機構因執行業務所必須之保存期間。4.地區:本國、參加 ACH 機制之金融機構所在地、依法有調查權機關或主管機關所在地或其指定之調查地。5.對象:發動行、台灣票據交換所、代繳金融機構、依法有調查權機關或主管機關。6.方式:以自動化機器或其他非自動化之利用方式。
<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 現金 每月親臨或委託他人至本會服務中心定額支持。 <input type="checkbox"/> 轉帳 帳號後 5 碼: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 匯款 匯款人姓名: _____	

請填妥授權書中您的資料,傳真或郵寄至協會,我們將會儘速為您辦理。

護眼專線: 04-24750622

電子信箱: mamaeyes9@gmail.com

傳 真: 04-24750655

協會地址: 台中市南屯區南屯路二段 290 號 9 樓之 1