財團法人佛教僧伽醫護基金會
Buddhist Sangha Health Care Foundation

信 用 卡 捐 款 授 權 書

捐款人姓名：_____ 填表日期： _____年 _____月 _____日

信用卡別：☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB ☐聯合信用卡☐銀聯卡

發卡銀行：_____

信用卡號：_____ － _____ － _____ － _____

信用卡有效期限至：（西元）_____月_____年

持卡人正楷姓名：_____

持 卡 人 簽 名：_____（請與信用卡簽名相符）

持卡人身分證字號：_____

捐款方式：

☐固定捐款（自____年____月至____年____月）每個月捐款乙次，

每次捐款金額新台幣 NT $_____萬_____仟_____佰_____拾____元整

☐單次捐款金額新台幣 NT $_____萬_____仟_____佰_____拾____元整

捐款用途：

☐安養如意苑_____元 ☐醫護基金_____元

☐供養____位法師健保費_____元 ☐護持法會_____元

☐生命關懷（護生放生）_____元 ☐假牙_____元 ☐眼鏡_____元

☐僧伽如意安養之袈裟：共_____袈裟（分_____期，每期_____元）

☐僧伽喪葬費：_____元 ☐助印《僧伽醫護雜誌》：_____元

收據寄送方式：☐一年寄一次 ☐每月寄一次 ☐不用寄

收據抬頭姓名：☐同持卡人 ☐不同持卡人：_____

收據寄達地址：_____

聯絡電話：(O) _____ (H) _____ 手機：_____

傳真電話：_____ E-mail：_____

聯絡地址：☐同收據地址 ☐不同收據地址：_____

捐款到期通知方式：☐ E-mail ☐電話 ☐信函 ☐傳真

您是否需要定期收到《僧伽醫護雜誌》？☐需要 ☐不需要 ☐已收到

註：以上信用卡捐款授權書填妥後，請直接傳真 (02)2682-9181，或以掛號寄至：
220052 新北市板橋區文化路一段 30 號 7 樓「財團法人佛教僧伽醫護基金會 收」即可。
如有任何疑問，請電洽 (02)2682-9188。