



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。