財團法人護理人員愛滋病防治基金會

聯合信用卡授權單

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 信 用 卡 別 | | Master Card VISA JCB | | | | |
| 發 卡 銀 行 | |  | | 有 效  期 限 | | 月 年  至  月 年 |
| 信 用 卡 號(16碼) | |  | | | | |
| 卡片背面簽名欄上數字後三碼 | |  | 簽 單  日 期 | | 年 月 日 | |
| 中文姓名 | |  | | | | |
| 持卡人簽名  (與卡片背面簽名一致) | |  | | | | |
| 護理人員愛滋病防治基金會代號 | | 0125006188 | | | | |
| 聯合信用卡中心授權碼 | |  | | | | |
| 捐 款 金 額 | 新台幣 元整 | | | | | |
| 捐 款 方 式 | □一次捐 □月捐 □季捐 □年捐 捐款到期日： 年 月 | | | | | |
| 捐款收據抬頭 |  | | | | | |
| 收 據 地 址 |  | | | | | |
| 持卡人同意依照信用卡使用約定，一經使用均應按所示之全部金額，付款予發卡銀行，如蒙月捐或季捐或年捐如需終止，敬請於終止日前30天提出申請，以維護您的權益，謝謝！ | | | | | | |