



社團法人  
台灣發炎性腸道疾病學會

信用卡捐款授權書

姓名			身分證字號	
電話	日	傳真		
	夜	手機		
住址				
信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA Card <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> 美國運通卡 <input type="checkbox"/> JCB		銀行名稱	
卡號				
捐款方式	<input type="checkbox"/> 本人願意不定期捐款， 本次捐款金額：_____元 （捐款收據將於扣款成功後主動寄至您府上）			
	<input type="checkbox"/> 本人願意每月捐款， 本次捐款金額：_____元 捐款期間自西元_____年_____月_____日 至_____年_____月_____日 捐款收據您希望 <input type="checkbox"/> 年底報稅時開成一張寄給您 <input type="checkbox"/> 按月寄給您			
收據抬頭				
收據地址				
持卡人簽名	（簽名字樣請與信用卡相同）			

煩請詳細填寫後傳真至 02-2314-6776

感謝您！放大至 A4 再傳會更清楚