

沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院

信用卡捐款授權書

請**列印**填寫後傳真(03)3773373 或 E-mail : st.paul@mail.sph.org.tw

姓名		持卡簽名	
信用卡號		有效期限(年月)	
單次捐款金額		左項請擇一填寫	授權碼(請勿填寫)
每月捐款金額			
捐款項目	<input type="checkbox"/> 重建與發展基金 <input type="checkbox"/> 貧困救助基金		
捐款期間自:	年 月至 年 月, 共 次		
捐款收據:	<input type="checkbox"/> 單次 <input type="checkbox"/> 按月 <input type="checkbox"/> 按年 寄送		
地址:			
電話:		傳真:	
附註: 捐款收據得抵綜合所得稅, 請妥為保管			