

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		持卡人簽名	
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"/> 新院區建設經費 <input type="checkbox"/> 貧困救助基金		
捐款期間自： 年 月至 年 月，共 次			
地址：			
電話：		傳真：	
附註：捐款收據得抵綜合所得稅，請妥為保管			