

台灣神經內分泌腫瘤病友關懷協會 信用卡授權書

填表日期： 年 月 日

(郵寄/EMAIL 後請聯繫確認·謝謝！)

立授權書人 _____ (以下簡稱本人)茲同意授權台灣神經內分泌腫瘤病友關懷協會(以下簡稱協會)得自本人之信用卡帳戶內，進行自動轉帳付款作業，以支付本人加入協會之會費款項。本人欲終止或更改本授權之任何通知，應於每月一日以前以書面通知協會，並授權協會代理本人向發卡銀行辦理終止或變更授權手續，終止或變更本授權書之書面通知，於送達發卡銀行並受理且核印無誤之次日始生效。本授權書內容填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因，致無法辦理轉帳者，則授權書內容不生效力。

本授權書若有未盡事宜，悉依規定暨一般慣例辦理。

自動轉帳日期：每月 15 日(轉帳如遇星期例假日時,則順延至次一營業日辦理轉帳作業)。

持卡人簽名：_____ (須同信用卡簽名)

持卡人姓名		出生年月日	
身份證字號		E-MAIL	
聯絡電話	(手機)	(H)	(O)
通訊地址			
信用卡卡號	-	-	- (花旗大來卡無法使用)
發卡銀行		信用卡有效期限	年 月
信用卡卡別 (VISA/MATER/JCB)		持卡人簽名 (須同信用卡簽名)	
會費付款方式	<input type="checkbox"/> 單次付款 付款金額：_____元 付款日期：民國____年__月		
收據抬頭	<input type="checkbox"/> 同持卡人 <input type="checkbox"/> 他人_____ (身份證字號：_____)		
收據地址	<input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 其他_____		
收據寄發方式	<input type="checkbox"/> 不用寄送 <input type="checkbox"/> 每次寄送 <input type="checkbox"/> 年度累積一次寄送		
備註欄：(如有其他須約定事項，請於此欄註明)		<input type="checkbox"/> 換卡及變更事項	

※ 請填妥本表資料後 EMAIL：tnetpca@gmail.com 或郵寄至 112 台北市北投區石牌路二段 201 號 B1(台北榮總腫瘤醫學部 台灣神經內分泌腫瘤病友關懷協會收)

※ 本會將遵循「個人資料保護法」之規定，妥善處理、運用與保護捐款者個人資訊，資料僅限協會使用。捐款者得隨時請求查詢、閱覽、複製、補充、更正、刪除，如您要停止捐款，亦請提前於每月 1 日前告知取消。