

敬愛的東基之友，您好！

謝謝您的關愛與支持，願和我們一同落實「行動醫院」的一貫堅持--「哪裡有需要，就往哪裡去」的服務理念。為了使您捐款更為簡便，請於下列授權表格中填妥您的信用卡或郵局定期扣款資料，**傳真(089-322821)或郵寄至本院(950 台東市開封街 350 號 發展室)**，若有任何疑問，歡迎您來電詢問**(089-310000)**。其他捐款方式請考 **東基網站 <http://www.tch.org.tw>**

===== **信用卡暨郵局自動轉帳授權書** =====

■捐款人 ■第一次捐款：是，否 ■捐款人編號(若未填寫將由處理人員查明) \_\_\_\_\_  
姓名 \_\_\_\_\_ 女士/先生(可填寫多人)  
聯絡電話 (公) \_\_\_\_\_ (私) \_\_\_\_\_ 身分證字號 \_\_\_\_\_  
收據姓名 \_\_\_\_\_ (公司行號請填寫公司統編： \_\_\_\_\_)  
收據寄發地址  \_\_\_\_\_ ( 舊址更新)

■扣款人 (可與捐款人不同)  
姓名 \_\_\_\_\_ 女士/先生 身分證字號 \_\_\_\_\_  
聯絡電話(公) \_\_\_\_\_ (私) \_\_\_\_\_

■捐款期間 (請選擇 A 長期捐款、B 定期捐款、C 不定期捐款)  
A. 本人願意從西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月開始捐款，固定每月捐款  
新台幣 \_\_\_\_\_ 元整，直到申請終止捐款即停止扣款。  
B. 本人願意從西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月至西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
共 \_\_\_\_\_ 次，固定每月捐款新台幣 \_\_\_\_\_ 元整。  
C. 本人願意於西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月捐款新台幣 \_\_\_\_\_ 元整。

■捐款類別  
老人資源中心(山地巡迴醫療、貧困獨居老人送餐、居家照護、迦南銀髮生活福祉中心、花東縱谷銀髮照顧)  
發展基金(醫院發展、醫療儀器添購、早期療育、貧困補助、宣教士關懷與照顧等)  
一粒麥子社福基金會(老人日托站、居家服務、復康巴士服務、到宅沐浴、兒童/青少年關懷服務等)  
哈拿希望之家(棄嬰孤兒照護)  
家立立成長協會(婦幼家庭關懷)

※請勾選捐款類別，若未勾選，我們將優先運用於「發展基金」各項服務用途。

■收據寄發 年度匯總，隔年三月寄發 按月寄發 免寄收據  
※本院開立的捐款收據，可抵減課稅所得，若須分別開立收據，請詳列個別收據姓名及捐款金額回傳至發展室或來電知會，謝謝。

■東基雙月刊(免費) 印刷版 不寄發 電子版 (請留下 E-mail Add. \_\_\_\_\_)

===== **捐款者請任選下列一種捐款方式** ===== 網路版

A. 信用卡  
卡 別：VISA MASTER JCB 美國運通 聯合信用卡  
銀 行 別： \_\_\_\_\_ 銀行  
卡 號： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
有效期限： \_\_\_\_\_ (須與信用卡上日期一致)  
簽 名： \_\_\_\_\_ (須與信用卡上簽名一致)

※如果您的信用卡已經到期，請隨時來電通知我們更正資料，謝謝。

※信用卡請款日為每月 20 日至月底。

B. 郵局自動轉帳  
存簿儲金局號： \_\_\_\_\_ 存簿儲金帳號： \_\_\_\_\_  
劃撥儲金帳號： \_\_\_\_\_ 儲戶簽名蓋章： \_\_\_\_\_

※郵局轉帳請款日為每月 10 日，遇假日則順延，若為每月 9 日後回傳(寄)之授權單，將統一於隔月起請款。

§ 貼心小叮嚀：

感謝您使用「信用卡暨郵局自動轉帳授權書」支持我們，**請勾選**下列方便回覆您的方式，我們將於兩個工作天內回覆您，謝謝！

**貼心小叮嚀**

以電話回覆您 (請先留下您的電話號碼 \_\_\_\_\_ )  
以簡訊回覆您 (請先留下您的手機號碼 \_\_\_\_\_ )  
以MAIL回覆您 (請先留下您的E-mail Add. \_\_\_\_\_ )  
資料不清楚才去電給您，若無任何問題，將依照您指定的月份起向銀行請款。