



愛盲之友信用卡捐款專用授權書

- 永續，每月_____元，欲終止將與貴會連絡。
- 按月捐款_____元，自_____年_____月起，至_____年_____月止。
- 捐款金額_____元，一次捐款。

基本資料	專案代碼：EDM
信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AE	
信用卡號：_____ - _____ - _____	
持卡人姓名：_____	信用卡簽名：_____
(請以正楷書寫)	(與信用卡背面簽名一致)
信用卡有效期限：_____月_____年 發卡銀行：_____	
捐款金額：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元正 (每月定期捐款者，請填月捐額)	
收據姓名：_____	聯絡電話：_____
身分證字號：_____	同意提供財政部作年度綜合所得稅申報 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如選此項，請必填寫繳稅人身分證字號)
收據寄送地址：_____	
收據郵寄方式： <input type="checkbox"/> 按月(次)寄出 <input type="checkbox"/> 年度一次寄出(隔年3月寄發) <input type="checkbox"/> 不用寄出	
電子信箱：_____	
填表日期：_____年_____月_____日	
※持卡人同意依照信用卡使用約定，持本資料所親填之金額，付款與發卡銀行。	

■請填妥本單，傳真至(02)2375-3925；(02)2331-6593，或以郵寄方式寄至：

100 台北市中正區忠孝西路一段 50 號 13 樓之 19，將有專人與您聯繫確認，謝謝您！

■服務專線：(02)2361-6663 轉 8203 或 8204

個資使用聲明：

財團法人愛盲基金會，向您蒐集之個人資料；包含個人姓名、公司名稱、職稱、地址、電話及電子郵件地址等，得以直接或間接識別個人的相關資訊，將僅限使用於愛盲基金會合於營業登記項目或章程所載之目的事業，依公益勸募條例業務需要之客戶管理、募款及營業範圍內相關服務使用，並遵守「個人資料保護法」之規定妥善保護您的個人資訊。

於此前提下，您同意愛盲基金會得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務，並得於愛盲基金會之營運地區向您提供服務活動資訊，但您仍可依法律規定之相關個人資料權利主張如下事項：查詢、閱覽、複製、補充、更正、處理、利用及刪除，請於上班時間以電話或電子郵件向愛盲基金會聯繫。電話：02-2361-6663；Mail：eyelove@tfb.org.tw。您亦可拒絕提供相關之個人資料，惟可能無法及時享有愛盲基金會提供之相關活動與獲取各項資訊之權利。