**「中華民國成杏會」信用卡捐款單**

**捐款人基本資料**（請務必以正楷填寫清楚）

持卡人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

生日：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 畢業系/所：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 級數：\_\_\_\_\_\_

指定用途：□成杏會會務發展 ⬛醫學院\_物理治療學\_系/所 □醫學院院務發展

信用卡別：□VISA □Master Card □NCC □JCB 發卡銀行：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

信用卡號：\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_有效期限：西元\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

捐款金額：新台幣\_\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_\_元整

信用卡簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 卡片背面末三碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(須與信用卡上簽名一致）

聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

聯絡地址：□□□\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：民國\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日

 是否同意將姓名刊登於醫訊上？ □是 □否

 附註：所有捐款之收據，將待入帳後一週內掛號寄出。此收據可以做為抵扣當年度綜合所得稅所得總額之證明，敬請妥善保管。

 填妥以上資料，請郵寄或傳真至**中華民國成杏會**

**< 請先mail 至em75027@email.ncku.edu.tw ，會再一併匯整給以下單位>**

地址：701台南市大學路一號 成大醫學院四樓院辦公室

傳真：(06) 235-3660 電話：(06)235-3535ext5773；專線：(06)200-2740

聯絡人：蘇雅琪

email：em75773@email.ncku.edu.tw

商店代號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 授權碼：­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_