

財團法人臺灣癌症基金會

委託機構代號			
--------	--	--	--

自動轉帳付款授權書

媒體產生日期：

立授權書人（以下稱授權人）_____授權郵局依照財團法人臺灣癌症基金會提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付慈善捐款費用；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽財團法人臺灣癌症基金會查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於財團法人臺灣癌症基金會與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者，概與郵局無涉。

本授權書簽訂完成後，其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響；原扣款帳戶辦理轉移者，將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時，應以書面方式向郵局或財團法人臺灣癌症基金會辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶名												授 權 人 用 印 （ 請 蓋 原 留 印 鑑 ）	
	身分證統一編號													
	<input type="checkbox"/> 存簿帳號													
	<input type="checkbox"/> 劃撥帳號													
	聯絡電話	(宅) (公) (手機)												
	聯絡地址													
													授 權 書 填 寫 日 期 年 月 日	

委 託 機 構 確 認 欄	一、用戶編號：												
	二、本授權書確由帳戶所有人填具（未成年人已取得法定代理人同意），且內容（印鑑除外）確認無誤。												
	三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。												
確認人： 主管（複核）： 委託機構章：													

郵 局												
	審核：	核印：				註記：						

第 1 聯：郵局存查聯（永久保管）

自動轉帳付款授權書

媒體產生日期：

立授權書人(以下稱授權人)_____授權郵局依照財團法人臺灣癌症基金會提供之資料,自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式,交付慈善捐款費用;惟帳戶餘額不足支付帳款時,則不予轉帳。郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時,郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業,因而所致之遲延或損失,授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者,不在此限。授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時,自行洽財團法人臺灣癌症基金會查詢釐清及辦理補、退款等事宜,且授權書上屬於財團法人臺灣癌症基金會與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者,概與郵局無涉。本授權書簽訂完成後,其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響;原扣款帳戶辦理轉移者,將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時,應以書面方式向郵局或財團法人臺灣癌症基金會辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶名												
	身分證 統一編號												
	<input type="checkbox"/> 存簿帳號												
	<input type="checkbox"/> 劃撥帳號												
	聯絡電話	(宅)						(公)					
	(手機)												
	聯絡地址												
													授權人用印(請蓋原留印鑑)
													授權書填寫日期
													年 月 日

捐款人資料

姓名/單位(收據抬頭): 同授權人戶名 其他: _____

身份證字號(公司統一編號): _____

※是否同意本會提供您的捐款資料給國稅局,做為年度綜合所得稅電子化作業申報之用 同意 不同意
(無論是否同意,原紙本收據/年度證明仍正常寄發供捐款人存留)性別: 男 女 生日: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 E-mail: _____通訊地址: 同授權人地址 其他: 聯絡電話: 同授權人電話 其他: (H) _____ (0) _____ (手機) _____

捐款方式

本人願意從 _____ 年 _____ 月起固定

月捐 300 元 月捐 500 元 月捐 1000 元 月捐 _____ 元

※自動轉帳日期: 每月 10 日(轉帳日如遇星期例假日時,則順延至次一營業日辦理轉帳作業)。

捐款用途

不指定用途(各項癌症防治服務)指定用途(銀髮南鄉 就醫無礙 弱勢癌症家庭服務 假髮製作經費 兒童防癌飲食教育推廣 其他 _____)

資料寄送

收據開立及寄送: 不必寄送 每次扣款後寄送 年度開立寄送索取臺癌資訊(複選): 電子報(請務必填寫 E-mail)「愛 Care」季刊寄送地址: 同通訊地址 其他: _____

其他

我已詳閱並同意個人資料授權予財團法人台灣癌症基金會進行蒐集、處理及相關訊息通知之使用,同時瞭解其資料將被保密,捐款人得隨時請求查詢、閱覽、提供複本、補充、更正、停止或刪除之。本人 同意 不同意 財團法人臺灣癌症基金會依據財團法人法第 25 條第 3 項第 2 款規定將本人捐款姓名公開揭露。

填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

第 2 聯: 委託機構收執聯