

親愛的善心人士 您好：

感謝您多年來為海洋性貧血病童的關懷與捐助，本會為長期計畫救助海洋性貧血重症患者，能有機會順利完成臍帶血或骨髓移植手術與重大疾病即時的援助，期盼各位善心人士能以您工作薪資所得之剩餘零用金，作為每月固定小額捐款，期能順利達成急難救助之計畫，為本會罹患海洋性貧血重症者能適時給予援助與扶持，讓其重獲新生，更希望能減少國家醫療資源之負擔，並期能杜絕此新生兒之出生率！



衷心感謝您的支持與贊助，我們在收到捐款後將會寄上收據，讓我們共同創造愛的起源，一起為海洋性貧血病友創造更美好的明天。

社團法人高雄市關懷海洋性貧血協會 **感謝您**

※電話：07-2232565 傳真：07-2235106 會址：高雄市新興區民族二路 76 號 2 樓

社團法人高雄市關懷海洋性貧血協會 信用卡捐款授權書 (歡迎影印使用不勝感激)

信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> 聯合信用卡	發卡銀行										
信用卡卡號											授權碼	
信用卡背面後三碼			有效期限	月		年						
持卡人簽名 (請與信用卡簽名相同)	持卡人身份證字號											
捐款方式	<input type="checkbox"/> 本人願意自民國_____年____月起，每月捐款金額 NT \$壹佰元整。 <input type="checkbox"/> 本人願意自民國_____年____月起，每月捐款金額 NT \$伍佰元整。 <input type="checkbox"/> 本人願意自民國_____年____月起，每月捐款金額 NT \$壹仟元整。 <input type="checkbox"/> 我願意提供一次捐款，金額為 NTS_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整。 ※【敬請 依個人意願捐款，不限金額，我們都竭誠 ~ 感謝您的愛心與善行】※											
捐款收據抬頭	<input type="checkbox"/> 同持卡人 <input type="checkbox"/> 不同持卡人：_____											
寄收據之地址	市縣	區鎮鄉	里村	路街	巷	弄	號	樓之				
收據寄發方式	<input type="checkbox"/> 不寄收據 <input type="checkbox"/> 固定寄發 <input type="checkbox"/> 年底統一寄發											
聯絡電話	公司：	分機	住家：	手機：								
填表日期	：_____年____月____日											
審核：	經辦人：											
附註：1.捐款收據統一在月底或年底寄送。 2.捐款金額請用國字大寫。(零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)												