



一份關愛·成就多位寶寶的未來

信望愛臍帶血基金會邀請您加入弱勢原住民傳愛關懷計畫

～親愛的奉獻者，您好～

為使我們的服務更加完整，請詳細填寫各項明細資料，以利我們提供完善適切的服務。

當您捐款或提供資料時，本會將依個人資料保護法內容，對於捐款者資料的保護措施如下：

1. 您的資料將完整安全儲存於信望愛臍帶血基金會內部資料庫中，並以嚴謹的保護措施防止未經授權人員之接觸。
2. 依服務內容的需要，您提供的個人資料，在未經您的同意下，不會將您非公開之資料透露給我們之外的第三者。

信用卡捐款資料

持卡人姓名：_____ 持卡人身分證字號：_____

信用卡別：VISA MASTER JCB 發卡銀行：華南銀行 其他_____



使用手足之愛認同卡捐款，紅利點數兩倍送，一份愛心，關懷加倍

信用卡卡號：□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

信用卡有效期限：____月/____年(西元年)

填入西元年，並
依卡片順序填寫

(背面末三碼)

持卡人簽名：_____ (請與信用卡背面簽名相同)

月捐款：每月新台幣_____元整。自西元_____年____月起至西元_____年____月止。

年捐款：每年____月新台幣_____元整。自西元_____年起至西元_____年止。

單次捐款：新台幣_____元整。

愛心無限捐款：每月新台幣_____元整，自西元_____年____月起，直到申請終止捐款。

捐款人資料

收據寄送方式：年度彙總一次寄發 每次寄發

收據抬頭：同持卡人 另指定抬頭為_____，指定抬頭身分證字號：_____

捐款人出生日期：民國____年____月____日 (公司抬頭請填統一編號)

通訊地址：□□□_____

聯絡電話：(公司)_____ (住家)_____ 行動電話：_____

電子郵件信箱：_____@_____ (請以英文正楷填寫以利聯繫)



小蜜蜂計畫/家中寶貝_____人

小孩姓名：_____ 出生年月日：__/__/__ 小孩姓名：_____ 出生年月日：__/__/__

請填妥本表資料後傳真至本會傳真專線：(02)2822-8020

或郵寄至：112 台北市北投區立農街二段 135 號 信望愛臍帶血基金會 收

注意事項：

1. 我們收到您的傳真資料將主動去電與您確認或您亦可來電至本會查詢。
2. 統一由每月 20 日扣款，遇國定假日及週末則自動順延。
3. 若採郵寄方式，請將郵寄資料裝入獨立信封並黏緊封口，以保護您個人資料安全。
4. 若您信用卡掛失、停用、換卡或升級，請來電通知我們，以利處理後續捐款事宜；若您要停止捐款，亦請來電告知！
5. 如有任何疑問請致電(02)2822-7898 查詢。信望愛臍帶血基金會感謝您的支持與愛心！