



財團法人信望愛臍帶血基金會郵局自動轉帳授權書

立授權書人（以下簡稱本人）茲授權財團法人信望愛臍帶血基金會委由郵局自本人之下列指定帳戶內，進行自動轉帳付款作業，作為本人每月支付臍帶血基金會之捐贈款項。唯當本人帳戶內無足夠款項支付捐款金額時，則不予轉帳。本人欲終止或改變本授權之任何通知，應於每月五日以前書面通知臍帶血基金會並轉知郵局。取消或更改本授權書之書面通知，於送達受理之下一曆月開始生效。

本人同意於郵局/銀行直接轉帳金額與應繳捐款金額不符時，自行向財團法人信望愛臍帶血基金會查詢理清，概與郵局（或銀行）無關。

填表日期： 年 月 日

立授權書人姓名：	戶名身分證號碼												
	營利事業統一編號												
聯絡電話：(公) (宅)		出生日	年	月	日								
聯絡地址： 縣 市區 路		樓											
□□□ 市 鄉鎮 街 段 巷 弄 號 室													
捐款方式： <input type="checkbox"/> 每月_____元，期間： 年 月起至 年 月止。 <input type="checkbox"/> 永續，每月_____元，欲終止授權時與本會聯絡。 <input type="checkbox"/> 不定期捐款，金額為_____。													
收據姓名	收據郵寄方式 <input type="checkbox"/> 按月(次)寄出 <input type="checkbox"/> 年度一次寄出												
捐款人簽名蓋章 • 您在此欄的簽章，即表示您同意直接轉帳代繳捐款條款 以下由臍帶血基金會審核蓋章				本人<公司>之授權郵局帳號 (請在□內打勾填入活期存款帳戶號碼) <input type="checkbox"/> 存簿儲金 立帳郵局名稱_____									
				局號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
				帳號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
				<input type="checkbox"/> 劃撥儲金帳號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									

財團法人信望愛臍帶血基金會

地址: 台北市北投區立農街二段 135 號

電話: 02-28227898 分機 13 傳真: 02-28228020

CBF-R-ACPx000/A