

財團法人中華民國兒童燙傷基金會

Childhood Burn Foundation of The Republic of China

地址：104 台北市中山北路二段 115 巷 43 號 8 樓之 1

電話：(02)2522-4690 傳真：2522-4698

定期捐款直接轉帳付款授權書

立約定書人(即委繳戶)_____ 茲同意財團法人中華民國兒童燙傷基金會
透過台灣票據交換所媒體交換業務 (ACH) 機制，依照表列資料，自本人下述委託代繳金融
機構之存款帳戶劃付_____之慈善捐款，並遵守代繳銀行及台灣票交所所有有關規定。

立約定書人簽章 (須與存款印鑑相同)：



新增 終止

填表日期：

捐款人姓名：	身分證字號：	
通訊地址：		
電話：(公) _____ (宅) _____ (大哥大) _____		
捐款方式： <input type="checkbox"/> 月捐 <input type="checkbox"/> 季捐 <input type="checkbox"/> 半年捐 <input type="checkbox"/> 一年捐		
授權直接轉帳付款日期：每月20日	每次捐款金額	新台幣_____元

使用金融機構

會員號碼											
委託代繳金融機構名稱	銀行分行	委託代繳金融機構代號									
帳號											
發動者名稱	財團法人中華民國兒童燙傷基金會		發動者統一編號				00993280				
交易項目	慈善捐款		交易代號				530				
發動行名稱	台新銀行建北分行		發動行代號				8120012				

使用郵局帳戶

郵局存簿儲金局號：□□□□□□-□	劃撥儲金帳號：□□□□□□□□
-------------------	-----------------

受委託代繳金融機構：

核符印鑑簽章：

授權直接轉帳付款條款：

郵局→金融機構

- 本人茲授權本人之存款往來金融機構，得自本人之帳戶內進行自動轉帳付款作業，以支付本人加入財團法人中華民國兒童燙傷基金會之愛心捐款（以下簡稱兒童燙傷基金會）。但本人帳戶內無足夠餘款時，金融機構得拒付上述之帳款。本人授權金融機構在上述自動轉帳付款之日期當天，(如遇例假日順延一天辦理)自本人帳戶內轉帳。
- 本人同意，本人之帳戶內無足夠之餘款支付開筆經授權轉帳之帳款時，金融機構有權自行決定不予轉帳，且金融機構應將此款不足之事實通知兒童燙傷基金會。
- 本人同意，本人取消或更改本任何授權之通知，應於每月十五日以前書面通知兒童燙傷基金會，由兒童燙傷基金會轉知金融機構取消或更改本授權之書面通知，於送達受理當月開始生效。

第一聯 金融單位留存(白)

第二聯 本會留存(黃)

第三聯 捐款人留存