**財團法人張釗漢原始點醫療基金會**

**信用卡捐款單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **持卡人姓名** |  | **捐款日期** |  |
| **身分證字號**  **\***若要報稅，為必填欄位 |  | **信用卡末四碼** |  |
| **聯絡方式** | 電話：( ) 行動電話： | | |
| **通訊地址** | □□□□□ | | |
| **收據資料** | 抬頭名稱：  □同持卡人  □另指定抬頭：  **\***請在方格內打√ | | |
| 寄送地址：  □同通訊地址  □其他地址：  **\***請在方格內打√ | | |
| **註**  一、請將資料填妥後，Email本會電子信箱cchf.tw@gmail.com或傳真至FAX：02-27856743。  二、為保護捐款人權益，捐款資料由本會保密絶不會外洩。 | | | |