MEDECINS SANS FRONTIERES
無國界醫生

無國界醫生定期捐款更換信用卡授權書

填表日期　　年　　月　　日

基本資料	
捐款人編號：	
*姓名：	*電話：
*Email：	
地址：	
☐變更授權信用卡	
信用卡卡號：　　－　　－　　－	
效期(MM/YY)：　　/	
發卡行：	
持卡人簽名：	
☐變更每月授權扣款金額	
我同意將每月捐款_____元，變更為_____元。簽名_____	
如有先前未扣款成功的月份我願意補扣：　☐同意　☐不同意 （補扣的款項會先行作業）	
本基金會蒐集 台端個人資料，茲依據個人資料保護法（以下簡稱「個資法」）第 8 條、第 19 條及第 21 條等規定，向 台端告知相關事項，敬請詳閱 https://www.msf.org.tw/privacy ☐我已閱讀及了解以上聲明，並同意無國界醫生基金會使用我的個人資料	

＊填妥並親筆簽名後，可拍照 mail 至 donation@taiwan.msf.org，或傳真至 02-2709-5151。
＊定期捐款於每月 15 日扣款。請於每月 10 號以前回傳此表格。
＊本授權書授權無國界醫生每月由此信用卡扣款。直到您通知取消或變更授權為止。