

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：	
<input type="checkbox"/> 變更授權信用卡	
信用卡卡號： - - -	
效期(MM/YY)： /	
發卡行：	
持卡人簽名：	
<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (補扣的款項會先行作業)	

- * 填妥並親筆簽名後，可拍照 mail 至 donation@taipei.msf.org，或傳真至 02-2709-5151。
- * 定期捐款於每月 15 日扣款
- * 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。