

## 無國界醫生（台灣）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)： /

卡片背後末三碼(CVV)：

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)

- \* 填妥並親筆簽名後，可拍照 Email 至 [donation@taipei.msf.org](mailto:donation@taipei.msf.org)，或傳真至(02)2709-5151。
- \* 相關問題請來電(02)2709-1313 分機 211。
- \* 定期捐款首次扣款視收到時間而定，次月起固定 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。