

無國界醫生（台灣）郵局自動轉帳授權書

委託機構代號	N	3	9
--------	---	---	---

媒體產生日期：

立授權書人(以下稱授權人)_____授權郵局依照財團法人無國界醫生基金會(以下簡稱無國界醫生)提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付捐款費用；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所導致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽無國界醫生（台灣）查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於無國界醫生（台灣）與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者，概與郵局無涉。

本授權書簽訂完成後，其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響；原扣款帳戶辦理轉移者，將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時，應以書面方式向郵局或無國界醫生（台灣）辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶 名											授權人用印（請蓋原留印鑑，如太模糊請多蓋幾個，以免退件）
	身分證/統編											
	<input type="checkbox"/> 存簿帳號											
	連 絡 電 話	(市話)					(手機)					
	聯 絡 地 址											

委 託 機 構 確 認 欄	一、用戶編號： 二、本授權書確由帳戶所有人填具（未成年人已取得法定代理人同意），且內容（印鑑除外）確認無誤。 三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。
	確認人： _____ 主管(複核)： _____ 委託機構章： _____

郵 局	審核： _____ 核印： _____ 註記： _____
--------	---

第 1 聯：郵局存查聯（永久保管）

◆ 授權書 2 聯用印處皆需與原留印鑑相同。如有塗改請於塗改處簽名。填寫後請掛號寄回 104 台北市中山區民權東路三段 35 號 7 樓 無國界醫生捐款服務部收。授權書印鑑審核約需 14 工作天。

無國界醫生（台灣）郵局自動轉帳授權書

委託機構代號	N	3	9
--------	---	---	---

媒體產生日期：

- ◆ 扣款日為每月 15 日，遇假日順延至下一工作日。
- ◆ 授權成功後會以 email 或其他通訊方式通知，捐款人欲留存此授權書請自行影印。
- ◆ 相關問題請來電(02)2709-1313 分機 211。

授權人	戶名													授權人用印（請蓋原留印鑑，如太模糊請多蓋幾個，以免退件）
	身分證/統編													
	<input type="checkbox"/> 存簿帳號													
	連絡電話	(市話)						(手機)						
	連絡地址													填寫日期 年 月 日

捐款人基本資料	姓名： <input type="checkbox"/> 同授權人	電話： <input type="checkbox"/> 同授權人
	Email:	捐款人編號：
	地址： <input type="checkbox"/> 同授權人	
	收據開立方式： <input type="checkbox"/> 直接上傳國稅局 <input type="checkbox"/> 寄送紙本收據(年度寄發) <input type="checkbox"/> 不需收據	收據抬頭： 身分證字號： (上傳國稅局者必填)
	每月捐款金額	元

本基金會蒐集 台端個人資料，茲依據個人資料保護法第 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>

委託機構確認欄	一、用戶編號： 二、本授權書確由帳戶所有人填具（未成年人已取得法定代理人同意），且內容（印鑑除外）確認無誤。 三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。		
	確認人：	主管(複核)：	委託機構章：

第 2 聯：委託機構收執聯