

無國界醫生（台灣）銀行自動轉帳授權書

- ◆ 如因授權書內容填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因致無法辦理轉帳者，本授權書不生效力。
- ◆ 授權書一式兩張，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**。印鑑審核約需 30 工作天。
- ◆ 授權成功後會以簡訊通知，捐款人如欲留存此授權書請自行影印。
- ◆ 扣款日為每月 15 日，遇假日順延至下一工作日。
- ◆ 相關問題請來電(02)2709-1313 分機 211。

填表日期： 年 月 日

立授權書人帳戶資料											
戶名：		身分證／統一編號									
銀行	分行	帳號									
授權人簽名：		授權人用印：									
本人已詳閱並同意本授權書之各項約定事項		樣式需與原留印鑑相符，兩聯皆須正本									
銀行欄位(立授權書人勿填寫)											
發動者名稱：財團法人無國界醫生基金會		發動行名稱：第一銀行信維分行									
發動者統編：75962339		發動行代號：0071130									
用戶號碼：		交易代號：530									
		<input type="checkbox"/> 存款印鑑不符 <input type="checkbox"/> 無此帳號 <input type="checkbox"/> 其他									
主管：		經辦：									

備註：發動行、台灣票據交換所及代繳金融機構為辦理本項自動扣款轉帳業務，蒐集立約定書人之個人資料，其蒐集之目的、類別、利用之期間、地區、對象及方式，以及其他相關應告知事項如下：

1. 目的：辦理本項自動扣款轉帳業務之用。
2. 個人資料類別：身分證統一編號、金融機構帳戶之號碼及其他上表所列之個人資料。
3. 利用之期間、地區、對象及方式：
 - (1) 期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、依相關法令或契約約定之保存年限，或發動行、台灣票據交換所及代繳金融機構因執行業務所必須之保存期間。
 - (2) 地區：本國、參加 ACH 機制之金融機構所在地、依法有調查權機關或主管機關所在地或其指定之調查地。
 - (3) 對象：發動行、台灣票據交換所、代繳金融機構、依法有調查權機關或主管機關。
 - (4) 方式：以自動化機器或其他非自動化之利用方式

無國界醫生（台灣）銀行自動轉帳授權書

- ◆ 如因授權書內容填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因致無法辦理轉帳者，本授權書不生效力。
- ◆ 授權書一式兩張，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**。印鑑審核約需 30 工作天。
- ◆ 授權成功後會以簡訊通知，捐款人如欲留存此授權書請自行影印。
- ◆ 扣款日為每月 15 日，遇假日順延至下一工作日。
- ◆ 相關問題請來電(02)2709-1313 分機 211。

立授權書人帳戶資料										
戶名：		身分證 / 統一編號								
銀行	分行	帳號								
授權人簽名：		授權人用印：								
本人已詳閱並同意本授權書之各項約定事項		樣式需與原留印鑑相符，兩聯皆須正本								
銀行欄位(立授權書人勿填寫)										
發動者名稱：財團法人無國界醫生基金會					發動行名稱：第一銀行信維分行					
發動者統編：75962339					發動行代號：0071130					
用戶號碼：					交易代號：530					
					<input type="checkbox"/> 存款印鑑不符 <input type="checkbox"/> 無此帳號 <input type="checkbox"/> 其他					
主管：		經辦：								

捐款人基本資料									
捐款人姓名：			<input type="checkbox"/> 同授權人		捐款人編號：				
Email :					電話：				
地址：									
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)					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									