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)：　　/	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 mail 至 donation@taipei.msf.org，或傳真至 02-2709-5151。
＊ 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。