

捐款資料：首次捐款 換卡授權 再次捐款

依據財團法人法第 25 條規定，本人 同意 不同意 以收據抬頭之名稱公開徵信(如未勾選者，將視為同意)。

親愛的捐款者，您好：

本會向您蒐集個人資料，您同意本會於服務範圍內，提供合於章程之目的、公益勸募條例需要之捐款人管理、募款等相關服務，您可依個資法第 3 條主張查詢、刪除等所有權利。

癌症希望基金會(以下簡稱本會)對於捐款者的保護措施說明如下：

1. 您所提供的個人資料，未經過您的同意，我們不會透露給第三者。
2. 您的個人資料，將完整安全的儲存於本會資料庫，並以嚴謹的保護措施防止未經授權人員之接觸。

財團法人癌症希望基金會信用卡捐款資料		(欄位前有「*」為必填欄位)	
*持卡人姓名：		*持卡人身份證字號：	
*信用卡卡號： -- -- --		*持卡人簽名：(請與信用卡背面相同)	
*信用卡有效期限： ____月 / ____年		*發卡銀行：____銀行	
*信用卡背面末 3 碼： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		*持卡人出生年次：民國____年	
*卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB			
<input type="checkbox"/> 單次捐款金額：NT____元。 <input type="checkbox"/> 每月定期捐款金額：NT____元，____年____月至____年____月。(卡片效期到期，將通知是否辦理續捐)			
捐 款 人 基 本 資 料			
捐款用途	<input type="checkbox"/> 一般捐款/不指定用途 <input type="checkbox"/> 癌友家庭照顧計畫 <input type="checkbox"/> 癌症教育宣導 <input type="checkbox"/> 假髮製作經費		
*捐款身份	<input type="checkbox"/> 社會大眾 <input type="checkbox"/> 癌症病友 <input type="checkbox"/> 病友家屬	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 其他
職業別	<input type="checkbox"/> 軍公教 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 資訊業 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其他____		
學歷	<input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 大學/大專 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小		
*收據抬頭：		身份證字號/統一編號：	
<input type="checkbox"/> 同持卡人 <input type="checkbox"/> 另指定抬頭為：____			
*收據寄送方式：			
(1)電子化作業申報：提供身分證字號者，本會將主動為您上傳相關捐贈資料給國稅局，方便您申報。 若您不需要電子化作業申報，請勾選 <input type="checkbox"/> 我不需要上傳。			
(2)紙本收據： <input type="checkbox"/> 不用寄送收據 <input type="checkbox"/> 每次寄發 <input type="checkbox"/> 年度累積一次寄發(將於隔年三月起陸續寄發)			
*地址： <input type="text"/>		日間市話：() _____	
E-Mail： <input type="text"/>		*行動電話：_____	
相關資料	1. 會刊贈閱： <input type="checkbox"/> 紙本 <input type="checkbox"/> 電子(為響應環保,鼓勵您勾選電子會刊) <input type="checkbox"/> 不需要		
	2. 我願意介紹朋友參與捐款，請寄簡介給他： 姓名：_____ 地址：_____		
	3. 您知道本會並決定捐款，是因為： <input type="checkbox"/> 曾接受過本會服務 <input type="checkbox"/> 曾參與本會活動 <input type="checkbox"/> 由本會出版品得到訊息 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 瀏覽本會網站 <input type="checkbox"/> 社群網站 <input type="checkbox"/> 便利商店 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 一般媒體報導(□報紙□廣播□電視□網路) <input type="checkbox"/> 由_____銀行得到訊息		

填妥本表後，請傳真至癌症希望基金會 傳真專線：(02)3322-1719 或 E-mail：fn@ecancer.org.tw

亦可郵寄至：10058 台北市中正區八德路一段 46 號 5 樓 財團法人癌症希望基金會 財務管理部 收

注意事項：1.我們收到回傳資料後將主動去電與您確認；您亦可來電查詢。

2.若信用卡掛失、停用、換卡，請來電告知，我們會向您說明後續如何辦理；若要停止捐款，亦請提前來電告知，謝謝！