**財團法人張釗漢原始點醫療基金會**

**信用卡捐款單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **持卡人姓名** |  | **捐款日期** |  |
| **身分證字號****\***若要報稅，為必填欄位 |  | **信用卡末四碼** |  |
| **聯絡方式** | 電話：( ) 行動電話： |
| **通訊地址** | □□□□□ |
| **收據資料** | 抬頭名稱：□同持卡人□另指定抬頭：**\***請在方格內打√ |
| 寄送地址：□同通訊地址□其他地址：**\***請在方格內打√ |
| **註**一、請將資料填妥後，Email本會電子信箱cchf.tw@gmail.com或傳真至FAX：02-27856743。二、為保護捐款人權益，捐款資料由本會保密絶不會外洩。 |