

財團法人新北市私立台灣天主教安老院

自動轉帳付款授權書

委託機構代號

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新北市私立台灣天主教安老院提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付捐款款項；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽財團法人新北市私立台灣天主教安老院查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於財團法人新北市私立台灣天主教安老院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，其效力不受帳戶印鑑變更影響；原付款帳戶辦理轉移者，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財團法人新北市私立台灣天主教安老院辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶 名											授 權 人 用 印 (請 蓋 帳 戶 印 鑑)	
	身 分 證 統 一 編 號												
	存 簿 帳 號												
	劃 撥 帳 號												
	聯 絡 電 話	(宅)					(公)						
		(手機)											
聯 絡 地 址											授 權 書 填 寫 日 期 年 月 日		

委 託 機 構 確 認 欄	一、區處代號（未申請者，免填）：	
	二、用戶編號：	
	三、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。	
	四、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。	
確認人：	主管（覆核）：	委託機構章：

郵 局	印證欄
	審核： 註記： 掃瞄：

第 1 聯：郵局存查聯（永久保管）

財團法人新北市私立台灣天主教安老院

自動轉帳付款授權書

委託機構代號

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新北市私立台灣天主教安老院提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付捐款款項；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽財團法人新北市私立台灣天主教安老院查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於財團法人新北市私立台灣天主教安老院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，其效力不受帳戶印鑑變更影響；原付款帳戶辦理轉移者，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財團法人新北市私立台灣天主教安老院辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶 名											授 權 人 用 印 (請 蓋 帳 戶 印 鑑)	
	身 分 證 統 一 編 號												
	存 簿 帳 號												
	劃 撥 帳 號												
	聯 絡 電 話	(宅)					(公)						
		(手機)											
聯 絡 地 址											授 權 書 填 寫 日 期 年 月 日		

委 託 機 構 確 認 欄	一、區處代號（未申請者，免填）：	
	二、用戶編號：	
	三、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。	
	四、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。	
確認人：	主管（覆核）：	委託機構章：

第 2 聯：委託機構收執聯



No. : _____

財團法人新北市私立台灣天主教安老院
定期定額轉帳捐款同意書

【請以正楷填寫】

日期： 年 月 日

帳戶資料	戶名： _____ 身分證字號： _____	
	電話：(H) _____ (O) _____ 手機： _____	
捐款人資料	<input type="checkbox"/> 同戶名 <input type="checkbox"/> 指定抬頭 收據抬頭： _____ 身分證字號或統一編號： _____	
	收據地址 郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 市區 路 段 巷 弄 號 樓 縣 鄉鎮 街	
本人同意授權財團法人新北市私立台灣天主教安老院，自本人中華郵政帳戶中每月定期自動轉帳捐款：		
捐款用途	每月扣繳金額	本人簽名
維持本院經費	新台幣： _____	
扣款轉帳日：每月 15 日（遇假日順延）		
收據寄送方式： <input type="checkbox"/> 每月寄 <input type="checkbox"/> 年度彙整寄（於次年一月起陸續寄發） <input type="checkbox"/> 不需要 公開徵信資料： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（本院將以【善心人士】列於芳名錄） 郵寄月刊贈閱： <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 電子月刊贈閱： <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 E-Mail： _____（敬請填寫，以方便連繫，節省郵資）		
請將【自動轉帳付款授權書兩聯、本同意書一聯】並蓋妥開戶印鑑章以正本寄至本院 地址：24944 新北市八里區中山路 1 段 33 號 台灣天主教安老院 電話：(02) 2610-2034 承辦人：顧修女或李小姐收		
備註：1. 請以正楷填寫本表，若有塗改請加蓋開戶印鑑章。2. 本院在收到您的資料後，將以 E-Mail 或電話與您確認資料，您也可以主動來電告知，以避免郵件投遞遺失。3. 您提供的個人資料，僅用於本院與您之服務需要，非經您的同意本院不會提供給第三者。4. 欲取消定期捐款請來電索取終止授權轉帳申請書。		

【虛線以下捐款人請勿填寫】

主管(覆核)： _____

主辦會計： _____

經辦人： _____