

財團法人台中市私立 **康善** 社會福利慈善事業基金會

信用卡 存簿轉帳捐款 **終止授權書**

親愛的捐款者，您好：

感謝您近年來的熱情贊助，因為有您的支持，才能讓我們繼續為民眾的健康把關。如您因故需要終止捐款，請詳填以下資料，我們將盡快為您辦理。再次感謝您的贊助，也希望日後仍有機會再繼續得到您的支持。

姓 名：	身分證字號：
生日：民國__年__月__日	日間聯絡電話： 行動電話：
建議事項：	

簽名：_____

同信用卡簽名

康善基金會 關心您的健康！

注意事項：

1. 終止授權，必須填寫終止信用卡/存簿轉帳捐款授權書並郵寄至本會。本會收到授權書後，即以電話聯絡確認後，立即生效。
2. 若為“暫時”停止捐款，不用填寫授權書，請來電告知，本會將與捐款者核對基本資料後，立即生效。

(可直接剪下地址；郵貼在信封上)

收件人：財團法人台中市私立康善社會福利慈善事業基金會【康善基金會】

地址：407 台中市西屯區福恩里工業區一路 58 巷 10 弄 49 號

電話：(04)23581150