



# 台灣失智症協會【珍愛記憶時光機音樂會】信用卡捐款授權書

我願意捐款予『台灣失智症協會』

VISA 卡 MASTER 卡 JCB 卡 聯合信用卡 發卡銀行：\_\_\_\_\_ (請務必填寫)

1 我願意認捐音樂會入場券 1,000 元×\_\_\_\_\_張，共計\_\_\_\_\_元。

2 當天無法出席，但我願成為定期捐款人，每次新台幣\_\_\_\_\_元整 ◎自\_\_\_\_年\_\_\_\_月起。

3 當天無法出席，但我願意單次捐款贊助本次音樂會，金額為\_\_\_\_\_元。

持卡人(請寫正楷)：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

信用卡卡號：\_\_\_\_\_ 有效日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月止

持卡人聯絡電話：(日)\_\_\_\_\_ (夜)\_\_\_\_\_ (手機)\_\_\_\_\_

持卡人地址：□□□□□ \_\_\_\_\_

持卡人簽名：\_\_\_\_\_ (同信用卡簽名) 填寫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
(每月約 25 日左右請款)

收據抬頭(姓名)：\_\_\_\_\_ 收據寄達地址：\_\_\_\_\_

◎收據寄送方式：每月寄發 年底合開一張寄發 ◎是否為「台灣失智症協會會員」是 否


填妥以上捐款授權書後，請直接傳真或寄回，我們將儘速為您辦妥捐款事宜。

傳真之後請惠予來電確認，感謝您對失智防治及照護工作的貢獻！

郵寄地址：10461 台北市中山北路三段 29 號 3 樓之 2

台灣失智症協會收

電話：(02)2598-8580 傳真：(02)2598-6580

 **0800-474-580**  
失智時 我幫您



對我而言，您我雖未曾謀面...  
但是您的溫柔扶持，  
讓我得以安然走過記憶渾沌的幽谷。  
您溫暖的愛，  
提昇了失智症患者的生活品質。  
我們衷心感激您！  
—記憶褪色的朋友