

自動轉帳付款授權書

媒體產生日期:

立授權書人（以下稱授權人）_____授權郵局依照醫療財團法人正德癌症醫療基金會提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付捐款費用；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽醫療財團法人正德癌症醫療基金會查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於醫療財團法人正德癌症醫療基金會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，其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響；原扣款帳戶辦理轉移者，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醫療財團法人正德癌症醫療基金會辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶名													授 權 人 用 印 （ 請 蓋 原 留 印 鑑 ）	
	身分證統一編號														
	<input type="checkbox"/> 存簿帳號														
	<input type="checkbox"/> 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、用戶編號：	
	二、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。	
	三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。	
確認人：	主管（複核）：	委託機構章：

郵 局			
	審核：	核印：	註記：

第1聯：郵局存查聯（永久保管）

自動轉帳付款授權書

媒體產生日期:

立授權書人（以下稱授權人）_____授權郵局依照醫療財團法人正德癌症醫療基金會提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付捐款費用；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽醫療財團法人正德癌症醫療基金會查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於醫療財團法人正德癌症醫療基金會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，其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響；原扣款帳戶辦理轉移者，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醫療財團法人正德癌症醫療基金會辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶名												
	身份證 統一編號												
	<input type="checkbox"/> 存簿帳號												
	<input type="checkbox"/> 劃撥帳號												
	聯絡電話	(宅) _____ (公) _____ (手機) _____											
聯絡地址	授權人用印（請蓋原留印鑑） 授權書填寫日期 年 月 日												

- 我已閱讀了解本表背面郵局定期捐款授權書填寫注意事項，並同意填寫此表。
- 請務必於本表背面『本人及法定代理人或監護人書面同意簽章聯』簽名。
- 會員編號：_____捐款人姓名：_____捐款人生日：____年__月__日
通訊地址：□□□_____
- email: _____
- 電話：(公司)_____ (住家)_____ (手機)_____
- 收據開立方式： 年度彙總一次寄送 不寄收據
- 收據抬頭： 同捐款人姓名 指定抬頭為 _____
- 收據寄送地址(若同通訊地址或不寄收據則無須填寫) _____
- 索閱慈音雜誌 訂閱電子報email: _____
- 捐款項目：
醫療基金會： 醫藥基金會員 建院基金會員 醫療設備
建院委員 建院榮譽委員 建院榮譽董事 其他 _____
- 自民國_____年_____月起自民國_____年_____月止每月捐款_____元整

第2聯：委託機構收執聯