財團法人台中市私立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**