

財團法人佛教私立禪光育幼院

媒體轉帳付款授權書

花蓮縣新城鄉(村)仁愛路17之2號 電話：03-8611698 傳真：03-8612556

填寫前請先詳細參閱下列條款

- 1.此媒體轉帳付款帳戶需辦理「通儲」，不限定會員本人之帳戶。
- 2.本人茲授權本人之存往來郵局，得於每月十日自本人之帳戶內進行自動轉帳付款作業(例假日照常辦理)，以支付本人每月應繳交財團法人佛教私立禪光育幼院(以下簡稱禪光育幼院)之贊助款。
- 3.但本人之帳戶內無足夠餘款時，得於次月累積轉帳上述之帳款。
- 4.本人同意，本人之帳戶內無足夠之餘款支付該筆經授權轉帳之帳款時，於次月累積轉帳，但郵局應將每次餘款不足之事實通知禪光育幼院。
- 5.本人同意，本人取消或更改本授權之任何通知，應於每月五日以前以書面通知禪光育幼院，由禪光育幼院轉知郵局。取消或更改本授權書之書面通知，於送達受理之下一個月開始生效。
- 6.本授權書應於應繳月之前一個月寄達禪光育幼院申請，授權書若有塗改，請務必於塗改處加蓋開戶印章。

致：財團法人佛教私立禪光育幼院
郵政儲金匯業局

會員編號：
姓名：

*請於粗線格內以正楷填寫資料

存簿儲金 劃撥儲金 戶名：	會員身份證字號：□□□□□□□□□□
	電話：(公) □□□□□□ (宅) □□□□□□
連絡地址：□□□-□□□ (郵遞區號)	
縣 市區 村 路 段 巷 弄 號 樓之 市 鄉鎮 里 街	
授權人開戶印鑑章： 每月捐款 萬 仟 佰 元整 (您的本款署名，即表示您同意印載於上述之授權媒體轉帳條款)	會員媒體轉帳付款之類別：(請勾選填寫一項) <input type="checkbox"/> 存簿儲金局號□□□□□□-□ <input type="checkbox"/> 存簿儲金帳號□□□□□□-□ <input type="checkbox"/> 劃撥儲金帳號□□□□□□□□
授權媒體轉帳付款日期：每月十日	
以下由本院填寫： 收件日期： 年 月 日 開始轉帳月份： 年 月 經辦：	委託收款機構審查蓋章： 主管： 經辦：
註：1.存簿儲金無收詳情單。 2.劃撥儲金於每筆付款後均由郵局寄交支詳情單。 3.轉帳付款之郵政存簿帳號以申請開立之帳號為限。	

～填寫完畢後，請立即寄本院或傳真，以便儘速辦理～