**信用卡繳款確認單**

附件2

**本人同意授權「社團法人台灣護理學會」以信用卡支付下列款項：**

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □男 □女 填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身分證字號：□□□□□□□□□□ 會員號：

繳費項目：研習會保證金**「實證健康照護報告書寫工作坊」(□北區 □南區)** (請勾選)

※重要：本確認單僅適用上述活動。

發卡銀行：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**（中華郵政VISA金融卡不適用）**

發卡種類及號碼：

* 聯合信用卡 ( U CARD )：□□ - □□□□□□□ - □□
* VISA CARD：□□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□
* MASTER CARD：□□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□
* JCB CARD：□□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□

信用卡有效日期：西元\_\_\_\_\_年 \_\_\_月止

本確認單支付總金額新台幣： 零 萬 貳 仟 零 佰 零 拾 零 元整。（請大寫正楷書寫）

**持卡人簽名**： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(請親自簽名並與信用卡背面簽名格式相同，否則無效)

聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分機\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 手機：

機構名稱： 　 　　　 　 單位：

寄件地址：

備註:

1. 凡繳交當年度常年會費者（含新入會），本會將贈閱電子期刊及電子會訊，或依會員上年度選贈之方式贈閱期刊。
2. 欲變更期刊贈閱方式者（如紙本期刊改電子期刊），請逕至學會網站登入會員後進行資料修改。
3. 依社會團體財務處理辦法第七章第19條規定：社會團體會員繳納之各項費用，於退會時，不得請求退還。

台灣護理學會

會址：10681台北市大安區信義路四段281號4樓

電話：02-27552291#15 李昔栭小姐 **傳真：02-23258652**

email： [sierre@twna.org.tw](mailto:sierre@twna.org.tw)

**本確認單請勿重覆傳真，以免重覆扣款！**