



信用卡或郵局捐款自動轉帳授權書

| | |
|--------|--|
| 基本資料 | 扣款人姓名：_____ 電話：_____ |
| | 身分證字號：_____ |
| 基本資料 | E-Mail：_____ |
| | 地址：_____ |
| | 收據人姓名：_____ 電話：_____ |
| | 身分證字號／統一編號：_____ |
| 基本資料 | 地址：_____ |
| | ※請填妥收據人身分證字號，以利資料提供國稅局綜合所得稅電子化服務。 |
| 基本資料 | 收據 <input type="checkbox"/> 年度匯總 <input type="checkbox"/> 按次寄發 <input type="checkbox"/> 免寄收據 |
| | 刊物 <input type="checkbox"/> 我要寄DM及相關文宣 <input type="checkbox"/> 我要寄院訊 |
| 捐款項目 | <input type="checkbox"/> 1.安寧療護基金 <input type="checkbox"/> 2.貧病醫療基金 |
| | <input type="checkbox"/> 3.居家照護基金 <input type="checkbox"/> 4.設備購置基金 |
| 捐款項目 | <input type="checkbox"/> 5.部落服務基金 <input type="checkbox"/> 6.健康促進基金 |
| | <input type="checkbox"/> 7.乳癌防治基金 <input type="checkbox"/> 8.愛心基金為聖母加油 |
| 捐款方式 | 一、本人願意以 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 郵局轉帳 捐款，且以 <input type="checkbox"/> 一次捐款 <input type="checkbox"/> 月捐 <input type="checkbox"/> 季捐 <input type="checkbox"/> 半年捐 方式捐款。每次捐款新台幣_____元整。 |
| | 二、定期捐款期間：民國_____年_____月至民國_____年_____月，共_____次。捐款總金額新台幣_____元整。 |
| 信用卡資料 | 發卡銀行：_____銀行 |
| | 信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 |
| | 信用卡卡號：_____ |
| | 有效期限：至西元_____年_____月 |
| 信用卡資料 | 持卡人親自簽名：_____ |
| | (與卡片背面簽名一致) |
| 郵局儲金資料 | 簽署日期：_____年_____月_____日 |
| | 存簿儲金局號：□□□□□□-□ |
| 郵局儲金資料 | 存簿儲金帳號：□□□□□□-□ |
| | 帳戶所有人親自簽章：_____ |
| 郵局儲金資料 | (簽名與蓋章，請蓋開戶印鑑) |
| | 申請郵局自動轉帳者，請至聖母醫院官網-捐款與徵信-捐款方式-第三項下載並列印郵局核印授權書共二聯。 |

同意書

同意貴院將本人資料提供給金融機構執行信用卡、郵局自動轉帳授權請款，以及寄發貴院院訊及相關文宣等資料使用。

同意人親簽：_____

簽署日期：_____年_____月_____日

| | | | | |
|------------------------------------|-----------|---------|------|---|
| 98-04-43-04 | 郵政劃撥 | 金額 | 儲蓄存款 | 單 |
| 06620781 | 金額(阿拉伯數字) | 壹仟萬伍萬拾萬 | 仟佰拾元 | |
| 通訊劃(限與本次存款有關事項) | | | | |
| ●感謝您願意參與下列事項之奉獻，有助於醫療與傳道的聖工，榮神益人 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 安寧療護基金 | 元 | | | |
| <input type="checkbox"/> 貧病醫療基金 | 元 | | | |
| <input type="checkbox"/> 居家照護基金 | 元 | | | |
| <input type="checkbox"/> 設備購置基金 | 元 | | | |
| <input type="checkbox"/> 部落服務基金 | 元 | | | |
| <input type="checkbox"/> 健康促進基金 | 元 | | | |
| <input type="checkbox"/> 乳癌防治基金 | 元 | | | |
| <input type="checkbox"/> 愛心基金為聖母加油 | 元 | | | |
| 感謝您的愛心！願天主降福 | | | | |
| 虛線內備供機器印錄用請勿填寫 | | | | |
| 戶名 | 地址 | 姓名 | 電話 | |
| 台東天主教聖母醫院 | | | | |
| 存款人 | 他人存款 | 本戶存款 | | |
| | | | | |
| 主管：_____ | | | | |
| 經理局收款戳 | | | | |
| 收款帳號戶名 | | | | |
| 存款金額 | | | | |
| 電話記錄 | | | | |
| 經理局收款戳 | | | | |

◎寄款人請注意背面說明
◎本收據由電腦印錄請勿填寫
郵政劃撥儲金存款收據

| | |
|------|---|
| 銀行轉帳 | 華南商業銀行台東分行 (銀行代碼：008) |
| | 帳號：830-20-050683-9 |
| | 戶名：天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院 |
| | *如 ATM 轉帳，請務必傳真或來電告訴我們~您的姓名、電話、地址、匯款日期，以便核對及寄發收據給您！ |

服務專線：0800-053553 (你為善 我為善)

收件人：募款小組收

地址：950 台東市杭州街 2 號 傳真：(089) 349907

天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院

自動轉帳付款授權書

委託機構代號

媒體產生日期：

立授權書人(以下稱授權人)_____授權郵局依照天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院提供之資料，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_____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，自行洽天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院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天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院辦妥終止授權手續。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---------------------------------|--|--|--|
| 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)

天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院

自動轉帳付款授權書

| | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|
| 委託機構代號 | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|

媒體產生日期：

立授權書人(以下稱授權人)_____授權郵局依照天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院提供之資料，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_____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，自行洽天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院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天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院辦妥終止授權手續。

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|
| 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 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|---------|--|--|--------|--|--|--|
| 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： | | | |

第2聯：委託機構收執聯