



天主教花蓮教區醫療財團法人

ST.MARY'S HOSPITAL

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：_____
	地址：_____
<p>※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。</p> <p>收據 <input type="checkbox"/> 年度匯總 <input type="checkbox"/> 按次寄發 <input type="checkbox"/> 免寄收據</p> <p>刊物 <input type="checkbox"/> 我要寄DM及相關文宣 <input type="checkbox"/> 我要寄院訊</p>	
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 <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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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 持卡人親自簽名：_____ <small>(與卡片背面簽名一致)</small> 簽署日期：_____年_____月_____日
郵局儲金資料	存簿儲金局號：□□□□□□—□ 存簿儲金帳號：□□□□□□—□ 帳戶所有人親自簽章：_____ <small>(簽名與蓋章，請蓋開戶印鑑)</small> 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	980443041	金額(阿拉伯數字)	壹萬零陸佰陸拾元
通訊欄(限與本次存款有關事項)		<p>●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</p> <p><input type="checkbox"/> 安寧療護基金 _____元</p> <p><input type="checkbox"/> 貧病醫療基金 _____元</p> <p><input type="checkbox"/> 居家照護基金 _____元</p> <p><input type="checkbox"/> 設備購置基金 _____元</p> <p><input type="checkbox"/> 部落服務基金 _____元</p> <p><input type="checkbox"/> 健康促進基金 _____元</p> <p><input type="checkbox"/> 乳癌防治基金 _____元</p> <p><input type="checkbox"/> 愛心基金為聖母加油 _____元</p>		
感謝您的愛心！願天主降福		<p>收據人姓名：_____ 戶名：台東天主教聖母醫院</p> <p>地址：_____ 存款金額：_____</p> <p>電話：_____ 電話記錄：_____</p> <p>經辦局收款戳：_____</p>		

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