

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：  E-Mail：  地址：  收據人姓名： 電話：  身分證字號／統一編號：  地址：  **※將捐款資料提供給國稅局,以利綜合所得稅電子化服務：□同意** (請填妥收據人身分證字號)  **□不同意收據** □年度匯總 □按次寄發 □免寄收據  **刊物** □我要寄DM 及相關文宣 □我要寄院訊 |  |
| 捐  款  項  目 |  | □1.安寧療護基金 □2.貧病醫療基金  □3.居家照護基金 □4.設備購置基金  □5.部落服務基金 □6.健康促進基金  □7.其他愛心基金 □8.乳癌防治基金 |  |
| 捐款方 式 |  | M一、本人願意以 □ 信用卡 □郵局轉帳 捐款 ， 且以 □一次捐款 □月捐□季捐 □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：□ VISA □ MASTER □ JCB □ 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： （與卡片背面簽名一致）  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： （簽名與蓋章，請蓋開戶印鑑） |  |
| **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 | | |  |