



輔仁大學附設醫院捐款授權書

捐款人姓名	收據抬頭(<input type="checkbox"/> 同捐款人姓名)	
稱謂	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 女士 <input type="checkbox"/> 不公佈姓名	
身分證字號 或統一編號	填寫身分證字號者，協助個人捐款資料上傳至國稅局綜合所得稅系統	
聯絡電話	(室內)	(手機)
通訊地址	□□□-□□	
電子信箱		
捐款金額	單次捐款：新台幣_____元整	
	定期捐款：每月捐_____元整。自____年____月起至____年____月止	
小額命名 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 候診椅(排)(10,000 元/排)_____排 <input type="checkbox"/> 點滴架(5,000 元/個)_____個 <input type="checkbox"/> 病床(60,000 元/張)_____張 <input type="checkbox"/> 診間報到機(20,000 元/台)_____台 <input type="checkbox"/> 病床陪伴椅(20,000 元/張)_____張 <input type="checkbox"/> 血液透析治療床(100,000 元/張)_____張	
	留名(可與收據捐款抬頭不同)	
指定捐款	<input type="checkbox"/> 捐助醫療急難救助暨社會服務基金(社工室) <input type="checkbox"/> 捐助人文處醫療傳愛基金 <input type="checkbox"/> 捐助牧靈基金及貧困病患生活補助(院牧部) <input type="checkbox"/> 其他_____基金	
信用卡捐款	信用卡卡號：_____—_____—_____—_____ 信用卡別 <input type="checkbox"/> 輔大認同卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 有效期限：_____月西元_____年 持卡人簽名：_____	
郵政劃撥	<input type="checkbox"/> 郵政劃撥/戶名：輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院 /帳號： 50403490	
支票捐款	<input type="checkbox"/> 台幣支票抬頭「輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院」 *請填妥本單連同支票寄交輔仁大學附設醫院募款處	
銀行匯款	<input type="checkbox"/> 匯入「台新銀行建北分行」·銀行代碼「812」·帳號 2068-10-0009169-1 戶名「輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院」 *至銀行匯款後，請務必來電或來信告知匯款資訊	
現金	<input type="checkbox"/> 請聯絡募款室 (02)8512-8888 #21832~21835	