貴賓卡號：　　填表日期：　　年　　月　　日

臺北醫學大學附設醫院捐款單

□個人捐款　　□企業捐款

企業資料（個人捐款免填此欄位）	公司全銜：	英文：	統一編號：
	聯絡人/秘書 姓名：　　電話：　　手機：　　E-Mail：		
	通訊地址 □□□　縣市　鄉市鎮區　路街　段　巷　弄　號　樓之		
捐款人資料	姓名：	英文：	身份證字號： 生日：　年　月　日
	服務單位：	統一編號：	職稱：
	聯絡電話 宅(　)　-　手機： 公(　)　-　傳真（　）　-		E-Mail：
	通訊地址： □□□　縣市　鄉市鎮區　路街　段　巷　弄　號　樓之		

公開徵信：□願意(同意將姓名、捐助金額、用途等刊登於本院網站或刊物)　□不願意

收據開立	□同捐款人姓名、身分證字號　□同企業名稱、統一編號 □其它，抬頭：_____　身分證/統一編號：_____ 寄送地址：□同通訊地址　□其他：_____

■我願意捐款給臺北醫學大學附設醫院使用。　用途：_____

捐款方式	□銀行匯款	807 永豐銀行三興分行，戶名：臺北醫學大學附設醫院，帳號：14701800008505
	□ATM 轉帳	銀行帳號同銀行匯款，ATM 轉帳請填寫帳戶後五碼(必填)_____以利對帳
	□支票	【抬頭：臺北醫學大學附設醫院】
	□現金	地址：110 台北市信義區吳興街 252 號，第一醫療大樓 3 樓秘書室

捐款金額

□單筆捐款　□分期捐款，分_____期　□定期捐款，每月_____元，從_____年_____月 捐款至_____年_____月

捐款金額共計新台幣_____元整

* 聯絡方式：秘書室電話：(02)27372181　/ 傳真：(02)2736-9438

吳雅真 副主任(分機 3390)　　蕭琬婷 組員(分機 3312)

cindy@h.tmu.edu.tw　　215140@h.tmu.edu.tw

*** 本院保留更改各項優惠權利。謝謝!**

* 本人_____(請簽名) 同意以上捐贈事宜，_____年____月____日

癌症基金　　兒童機器人步態訓練　　顱顏中心發展基金