

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

(個人捐款免填此欄位) 企業資料	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： <input type="checkbox"/> 願意(同意將姓名、捐助金額、用途等刊登於本院網站或刊物) <input type="checkbox"/> 不願意				
收據開立	<input type="checkbox"/> 同捐款人姓名、身分證字號 <input type="checkbox"/> 同企業名稱、統一編號 <input type="checkbox"/> 其它·拾頭：_____ 身分證/統一編號：_____ 寄送地址： <input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 支票	【拾頭：臺北醫學大學附設醫院】		
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 單筆捐款 <input type="checkbox"/> 分期捐款·分_____期 <input type="checkbox"/> 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)27369438 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

一名指定對象就醫優待(捐資壹百萬以上)			
姓名：	身份證字號：	生日： 年 月 日	關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____
聯絡資訊 宅() - 手機： 地址：□□□			