



臺北醫學大學附設醫院捐款單

(抵免臺灣稅款適用)

填表日期：____年____月____日

資料填妥後請傳真、E-mail 或郵寄至本院秘書室

基本資料	姓名		身份證號		職稱		生日	年 月 日	
	服務單位 (機構名稱)					統一編號			
	聯絡方式	住家：		傳真：		手機：			
	電子信箱								
	通訊地址	縣市		鄉市鎮區		路街 段 巷 弄		號 樓之	
	聯絡人/秘書	姓名：		電話：		E-Mail：			
	捐款徵信	是否同意將姓名、捐助金額、用途刊登於本校網站及刊物？ ☐ 同意 ☐ 匿名 (未勾選視同意)							
收據	☐ 同捐款人姓名、身分證字號 ☐ 同服務單位 (機構名稱)、統一編號 ☐ 其它，抬頭：_____ 身分證號/統一編號：_____								
	寄送地址： ☐ 同通訊地址 ☐ 其他：_____								
捐款內容	捐款金額	☐ 一次捐款新台幣_____元整							
	指定用途								
捐款方式	☐ 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							
	☐ 支票	【抬頭：臺北醫學大學附設醫院】支票號碼：							
	☐ 銀行匯款	【受款銀行：永豐銀行三興分行(銀行代碼 807) 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							
◆ 聯絡人：秘書室電話：(02)27372181 / 傳真：(02)27369438 吳雅真 副主任(分機 3390) 許玉潔 組員(分機 3311) cindy@h.tmu.edu.tw 135038@h.tmu.edu.tw ◆ 地址：11031 台北市信義區吳興街 252 號 (臺北醫學大學附設醫院秘書室)									

* 本人(機構) _____ (請簽名/蓋章)同意以上捐贈事宜及已詳細閱讀「北醫附醫個人資料告知聲明」

_____ 年 _____ 月 _____ 日

北醫附醫個人資料告知聲明

- 為感謝您的熱心捐助，本院將蒐集您的個人資料建檔保存、維護更新與保管，凡達本院「感謝捐助辦法」標準者，將提供各項優待，本院亦保留有更改各項優惠之權利。
 - 個人資料範圍：捐款人姓名、身份證字號(護照號碼)、出生年月日、電話、傳真、電子郵件信箱、地址等資料。
 - 個人資料利用之期間、範圍、對象及方式：
 - 期間：將永續保存您的個人資料，並利用您所提供之聯絡電話、E-mail 通知您參與本院相關活動邀約聯絡通知。
 - 範圍：本院為募款業務所及區域範圍。
 - 對象及方式：個人資料將被利用於開立捐贈收據，寄送捐贈收據、感謝函，本院網頁(站)與刊物公開徵信。
- 個人資料之權利：本院為保護捐款人個人資料，相關資料僅限本院使用，非捐款人本人同意，不得揭露或散佈。您可依個人資料保護法第 3 條規定，向本院秘書室就您的個人資料行使請求查詢、閱覽、複製、補充、更正，及請求停止蒐集、處理、利用、刪除等權利。聯絡電話：(02)2737-2181 分機 3311，傳真號碼：(02)2736-9438，我們將竭誠為您服務。
- 於蒐集您的個人資料時，如有資料未完備，則可能對您的服務有所影響。若您「同意」提供您的個人資料，請於本告知聲明書上簽名後回傳。反之，若您「不同意」提供您的個人資料時，本院將遵守「個人資料保護法」之規定，無法對您表達致謝與服務。
- 指定用途之捐贈，依捐贈者指定之用途支用。指定用途捐款若使用目的已不存在或長期閒置，得由本院納入院務發展基金。