

臺灣基督教門諾會醫療財團法人銀行轉帳捐款專用授權書

地址:970 花蓮市民權路 44 號 發展策劃部 2015.12.01 修訂

傳真號碼:03-8236499 洽詢專線 03-8241241 • 0800-057746

謝謝您郵寄正本，收到授權書後，我們將以手機簡訊回覆您。

扣款人姓名 (存戶戶名)		身分證字號/用戶號碼	
		手機	
收據抬頭		身分證字號	
		出生年月日	
		白天聯絡電話	
收據寄發地址			
E-mail			
捐款期間	<input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月捐款一次。 <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月止，每月捐款一次。 <input type="checkbox"/> 即日起每月捐款一次，無設定截止日期。		
捐款金額	每月新臺幣 _____ 元		
捐款項目	<input type="checkbox"/> 老人照顧基金 <input type="checkbox"/> 社服貧病基金 <input type="checkbox"/> 醫療發展基金 <input type="checkbox"/> 門諾擴建基金 <input type="checkbox"/> 山地醫療及社區發展基金 <input type="checkbox"/> 早期療育計劃 <input type="checkbox"/> 東區視力保健中心服務 <input type="checkbox"/> 癌症防治及安寧照護基金 <input type="checkbox"/> 花東醫護人員教育基金 <input type="checkbox"/> 精神復健基金 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
收據寄發方式	<input type="checkbox"/> 年底匯總寄送 <input type="checkbox"/> 按次(月)寄發 <input type="checkbox"/> 不寄收據		
捐款資料上傳國稅局	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 ※如未勾選將視為同意上傳。		
門諾訊息	門諾月報： <input type="checkbox"/> 請寄發 <input type="checkbox"/> 請勿寄發 <input type="checkbox"/> 電子報/活動訊息： <input type="checkbox"/> 請寄發 <input type="checkbox"/> 請勿寄發 <input type="checkbox"/> email 如未勾選將視為同意寄送，如已填寫 email 同意作為優先寄送方式。		
捐款到期/異常提醒	<input type="checkbox"/> 信函 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> mail		
備註	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 單筆捐款 <input type="checkbox"/> 其他 _____		

請填寫捐款方式：

<input type="checkbox"/> 銀行轉帳	金融機構代號 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	銀行	分行
	帳號		
請蓋存戶開戶印章		※銀行請款日：每月 15 日。(遇假日則延後)	

發動者	臺灣基督教門諾會醫療財團法人	發動者統一編號	94607424
交易項目	慈善捐款	交易代號	530
發動行名稱	國泰世華商業銀行花蓮分行	發動行代號	130017

1. 請將【授權書正本】寄至 970 花蓮市民權路 44 號發展部收，以供銀行進行核印程序；若有塗改請蓋原留印章於塗改處。
2. 您的個人資料將依個人資料保護法妥善保護，只供捐款服務使用，按需要交予銀行辦理捐款處理，寄發收據或告知活動資訊之用。

填表日： 年 月 日