財團法人天主教靈醫會/天主教靈醫會醫療財團法人

信用卡捐款授權書及郵局劃撥單

捐款者姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 先生/小姐　身分證字號：□□□□□□□□□□

連絡地址：□□□□□ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：(公)＿＿＿＿＿＿＿＿ (宅)＿＿＿＿＿＿＿＿ (手機)＿＿＿＿＿＿＿＿

我願意使用 □信用卡

奉獻金額：一次捐助＿＿＿＿＿＿元(　　年　　月)

按月捐助＿＿＿＿＿＿元(自＿＿年＿＿月至＿＿年＿＿月)

□月開收據(乙次/月) □年開收據(乙次/年)若沒有勾選，以月收據為主

財團法人天主教靈醫會

□**貧困基金**(弱勢就醫協助服務事工)
□**海外醫療基金**(海外/痲瘋服務事工)
□老年健康照護基金(送餐/到宅沐浴等長照服務事工)
□社區照護基金(原鄉/弱勢族群服務事工)
□宗教業務推廣基金(牧靈事工)

天主教靈醫會醫療財團法人
羅東聖母醫院 / 澎湖惠民醫院

□**醫療設備基金**　□**澎湖惠民醫院重建基金**
□安寧照護基金　□救護車　□醫療巡迴車
□離島醫療基金(澎湖惠民醫院)
□病友關懷基金(腎友、閃電俠(癲癇)等病友)

□ 捐款財團法人天主教靈醫會/天主教靈醫會醫療財團法人 信用卡捐款授權書

信用卡卡號：□□□□ □□□□ □□□□ □□□□　發卡銀行：＿＿＿＿

信用卡別：□VISA □MASTER □JCB □聯合信用卡 □美國運通卡

信用卡有效期限：西元＿＿年＿＿月　持卡人身分證字號：□□□□□□□□□□

持卡人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿

銀行匯款及ATM轉帳捐款如下

戶　名：財團法人天主教靈醫會
帳　號：**22807000014**
銀行別：兆豐國際商業銀行-羅東分行(017)

戶　名：天主教靈醫會醫療財團法人
帳　號：**0451940029568**
銀行別：玉山銀行-羅東分行(808)

※填妥捐款授權書或銀行匯款後，請傳真：03-9548170或E-mail:oki@smh.org.tw
或寄26546宜蘭縣羅東鎮中正南路160號/募款中心 收

※免費刊物提供捐款人索閱 □請寄刊物給我 □我不需要刊物 □電子報

※請留下您的e-mail帳號，我們將寄送「電子報」給您，謝謝您！
您的e-mail帳號：＿＿＿＿＿＿＿＿

您也可以利用郵局自動轉帳、支票、現金等方式捐款，感謝您定期定額捐款！諮詢專線：03-9556631

98-04-43-04　郵　政　劃　撥　儲　金　存　款　單

收款帳號	1	9	3	0	8	5	9	2

金額新台幣(小寫)	仟萬	佰萬	拾萬	萬	仟	佰	拾	元

通訊欄（限與本次存款有關事項）

羅東聖母醫院 澎湖惠民醫院
□**醫療設備基金**
□**澎湖惠民醫院重建基金**
□安寧照護基金
□救護車　□醫療巡迴車
□離島醫療基金(澎湖惠民醫院)
□病友關懷基金
(腎友、閃電俠(癲癇)等病友)

天主教靈醫會
□**貧困基金**
(弱勢就醫協助服務事工)
□**海外醫療基金**
(海外/痲瘋服務事工)
□老年健康照護基金
(送餐/到宅沐浴等長照服務事工)
□社區照護基金
(原鄉/弱勢族群服務事工)
□宗教業務推廣基金
(牧靈事工)

免費刊物 □請寄刊物給我 □我不需要刊物 □電子報

※e-mail帳號：＿＿＿＿＿＿
或回寄oki@smh.org.tw
謝謝您定期定額捐款！

收款戶名：財團法人天主教靈醫會

寄款人
姓名：
通訊處：□□□-□□
電話：

經辦局收款戳

虛線內備供機器印錄用請勿填寫

◎寄款人請注意背面說明
◎本收據由電腦印錄請勿填寫

郵政劃撥儲金存款收據

收款帳號戶名
存款金額
電腦記錄
經辦局收款戳