

感謝您長期對天主教靈醫會的支持與愛護,委託轉帳代扣捐款,訂於每月 20 日扣款,捐款收據於每月月底前寄發,若有疑問請電:03-9556631、03-9568470 洽詢或 e-mail:oki@smh.org.tw,謝謝您!

財團法人天主教靈醫會 ACH 委託轉帳捐款授權書 用戶號碼:

立約定書人 _____ (即委繳戶/捐款人) 茲同意財團法人天主教靈醫會透過台灣票據交換所媒體交換業務 (ACH) 機制,依照表列資料,自本人存款帳戶劃付慈善捐款,並遵守代繳銀行及台灣票據交換所有關規定。

新增 自 年 月 日 至 年 月 日 ; 終止 (變更)

發動者(公司/機構)名稱	財團法人天主教靈醫會	發動者統一編號	66252879
交易項目	慈善捐款	交易代號	530
發動行名稱	玉山銀行羅東分行	發動行代號	8080451

委託代繳金融機構名稱	銀行 分行	委託代繳金融機構代號	(7 碼)
委託代繳戶名稱		帳 號	
委繳戶統一編號			

立約定書人:

(捐款人/委繳戶)

簽章(須與存款印鑑相同)

聯絡電話:(宅)

(行動電話)

通訊地址:

受託代繳銀行

主管:

經辦:

核符印鑑簽章

我願意每月定期捐助: _____ 元; 我願意單筆捐款,本次捐助金額: _____ 元

*收據開立抬頭: _____ 身份證字號(或統編): _____

*收據寄發方式: 每(次)月 年度 電子收據 電子年度收據,若未勾選即以每月(次)收據為主
E-mail 帳號 _____

捐 助 項 目

財 團 法 人 天 主 教 靈 醫 會	<input type="checkbox"/> 貧困基金(弱勢就醫協助服務事工)
	<input type="checkbox"/> 海外醫療基金(海外醫療/瘋服務事工)
	<input type="checkbox"/> 老年健康照護基金 (送餐/到宅沐浴等長照服務事工)
	<input type="checkbox"/> 社區照護基金(原鄉/弱勢族群服務事工)
	<input type="checkbox"/> 宗教業務推廣基金(牧靈事工)

免費刊物索閱:請寄紙本刊物給我; 電子刊物 我不需要刊物,謝謝您!

填妥轉帳代扣捐款授權書並蓋上存款印鑑章後,正本郵寄 265502 宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號 募款中心 收

- 備註: 1.授權書一式三聯;捐款人(委繳戶)向財團法人天主教靈醫會(以下稱發動者)新增或終止授權時,授權書之扣款行留存聯由發動者透過玉山銀行羅東分行(以下稱發動行)轉交受託代繳金融機構(以下稱扣款行),經核符印鑑後該聯即留存於扣款行;終止授權部分可不須送授權書至扣款行核印。
2.捐款人(委繳戶)向扣款行終止授權時,核印無誤後扣款行須將授權書透過發動行轉交發動者
3.授權書一式三聯,分別由捐款人(委繳戶)、財團法人天主教靈醫會、扣款行(正本)留存。