



## 財團法人天主教靈醫會自動轉帳付款授權書(第2聯)

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 15 日扣款,捐款收據於每月底前寄發,若有疑問請電:03-9556631、03-9568470 洽詢或 e-mail:oki@smh.org.tw,謝謝您!

捐款人	捐款人：_____ 身份證字號(或統編)：_____
	電話：(公)_____ 手機：_____ (宅)：_____
	聯絡地址：□□□□□_____
	<input type="checkbox"/> 我願意一次捐助：_____元( 年 月)
	<input type="checkbox"/> 我願意每月捐助：_____元(自 年 月 日至 年 月 日)
	*收據開立抬頭：_____ 身份證字號(或統編)：_____
	<input type="checkbox"/> 同意上傳國稅局
	*收據寄發方式：紙本 <input type="checkbox"/> 單筆(每月/次) <input type="checkbox"/> 年度,若未勾選即以單筆收據為主
	電子 <input type="checkbox"/> 單筆(每月/次) <input type="checkbox"/> 年度,電子收據請填寫身份證字號與 E-mail
<b>捐 助 項 目</b>	
財團法人天主教靈醫會	<input type="checkbox"/> <b>貧困基金(弱勢就醫協助服務事工)</b>
	<input type="checkbox"/> <b>海外醫療基金(海外醫療/瘋服務事工)</b>
	<input type="checkbox"/> <b>老年健康照護基金</b> (送餐/到宅沐浴等長照服務事工)
	<input type="checkbox"/> <b>社區照護基金(原鄉/弱勢族群服務事工)</b>
	<input type="checkbox"/> <b>宗教業務推廣基金(牧靈事工)</b>
免費刊物索閱： 請寄 <input type="checkbox"/> 紙本刊物給我； <input type="checkbox"/> 電子刊物 我的 E-mail 帳號 _____； <input type="checkbox"/> 我不需要刊物，謝謝您! 填妥 <b>自動轉帳授權書</b> 後請將正本郵寄 265502 宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號 募款中心 收	