

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!

天主教靈醫會醫療財團法人 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 天主教靈醫會醫療財團法人 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	天主教靈醫會醫療財團法人	發動者統一編號	72880953
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): _____ 同意上傳國稅局

*收據寄發方式: 每(次)月 年度 電子單筆收據 電子年度收據 (若未勾選即以單次寄發收據為主)

E-mail 帳號 _____

捐 助 項 目

天主教靈醫會醫療財團法人
羅東聖母醫院
澎湖惠民醫院

澎湖惠民醫院重建基金

醫療設備基金

安寧照護基金

醫療巡迴車 救護車

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)

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)向天主教靈醫會醫療財團法人(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)、天主教靈醫會醫療財團法人、扣款行(正本)留存。