



長期對天主教靈醫會的支持與愛護，信用卡捐款訂於每月 25 日扣款，捐款收據於下個月中旬前寄發，若有任何疑問，請電：03-9556631 或 03-9568470 洽詢，謝謝！

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

捐款者姓名：_____先生/小姐 身份證字號：□□□□□□□□□□

聯絡地址：□□□□□□□_____

電話：(公)_____ 手機_____ (宅)_____

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)

收據寄發方式：紙本 ☐單筆(每月/次) ☐年度，若未勾選即以單筆收據為主

電子 ☐單筆(每月/次) ☐年度，電子收據請填寫身份證字號與 E-mail

☐不寄收據 ☐同意上傳國稅局 ☐不公開(不徵信)

財團法人天主教靈醫會

- ☐貧困基金(弱勢就醫協助服務事工)
☐老年健康照護基金(送餐/到宅沐浴等長照服務事工)
☐海外醫療基金(海外醫療/麻瘋服務事工)
☐社區照護基金(原鄉/弱勢族群服務事工)
☐家庭教育服務基金 ☐宗教業務推廣基金

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 持卡人身份證字號□□□□□□□□□□

持卡人簽名：_____

※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「靈醫會之光電子報」給您，感謝您！

您的 e-mail 帳號：_____

銀行匯款及 ATM 轉帳捐款帳號

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 265502 宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號/募款中心 收

您也可以利用郵局自動轉帳、郵局劃撥、支票、現金等方式捐款，感謝您定期定額捐款！