

天主教靈醫會醫療財團法人

委託機構代號

自動轉帳付款授權書

媒體產生日期：

立授權書人（以下稱授權人）_____授權郵局依照天主教靈醫會醫療財團法人提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付_____捐款_____費用；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽天主教靈醫會醫療財團法人查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於天主教靈醫會醫療財團法人與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者，概與郵局無涉。

本授權書簽訂完成後，其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響；原扣款帳戶辦理轉移者，將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時，應以書面方式向郵局或天主教靈醫會醫療財團法人辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶 名																授權人用印（請蓋原留印鑑）
	身 分 證 統 一 編 號																
	☐ 存簿帳號																
	☐ 劃撥帳號																
	聯 絡 電 話	(宅) (公) (手機)															
	聯 絡 地 址																授 權 書 填 寫 日 期 年 月 日

委 託 機 構 確 認 欄	一、用戶編號：
	二、本授權書確由帳戶所有人填具（未成年人已取得法定代理人同意），且內容（印鑑除外）確認無誤。
	三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。
	確認人： 主管（複核）： 委託機構章：

郵 局	審核：	核印：	註記：

天主教靈醫會醫療財團法人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：□□□□□_____
	☐ 我願意一次捐助：_____元(年 月)
	☐ 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)：_____
	☐ 同意上傳國稅局 ☐ 不公開(不徵信)
	*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
捐 助 項 目	
天主教靈醫會醫療財團法人 羅 東 聖 母 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)
免費刊物索閱： 請寄 ☐ 紙本刊物給我； ☐ 電子刊物 我的 E-mail 帳號 _____； ☐ 我不需要刊物，謝謝您! 填妥自動轉帳授權書後請將正本郵寄 265502 宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號 募款中心 收	