

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): _____

*收據寄發方式: 每(次)月 年度 電子收據, 若未勾選即以每月(次)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 澎湖惠民醫院 | <input type="checkbox"/> 澎湖惠民醫院重建基金 <input type="checkbox"/> 醫療設備基金 <input type="checkbox"/> 安寧照護基金 <input type="checkbox"/> 醫療巡迴車 <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 離島醫療基金(澎湖惠民醫院) <input type="checkbox"/> 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。