



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)

月開收據(乙次/月) 年開收據(乙次/年)若沒有勾選，以月收據為主

<p style="text-align: center;">財團法人天主教靈醫會</p> <p><input type="checkbox"/>貧困基金(弱勢就醫協助服務事工)</p> <p><input type="checkbox"/>海外醫療基金(海外醫療/痲瘋服務事工)</p> <p><input type="checkbox"/>老年健康照護基金(送餐/到宅沐浴等長照服務事工)</p> <p><input type="checkbox"/>社區照護基金(原鄉/弱勢族群服務事工)</p> <p><input type="checkbox"/>宗教業務推廣基金(牧靈事工)</p>	<p style="text-align: center;">天主教靈醫會醫療財團法人 羅東聖母醫院/澎湖惠民醫院</p> <p><input type="checkbox"/>醫療設備基金</p> <p><input type="checkbox"/>澎湖惠民醫院重建基金</p> <p><input type="checkbox"/>安寧照護基金 <input type="checkbox"/>救護車 <input type="checkbox"/>醫療巡迴車</p> <p><input type="checkbox"/>離島醫療基金(澎湖惠民醫院)</p> <p><input type="checkbox"/>病友關懷基金(腎友、閃電俠(癲癇)等病友)</p>
--	---

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

<p>戶 名：財團法人天主教靈醫會</p> <p>帳 號：22807000014</p> <p>銀行別：兆豐國際商業銀行-羅東分行(017)</p>	<p>戶 名：天主教靈醫會醫療財團法人</p> <p>帳 號：0451940029568</p> <p>銀行別：玉山銀行-羅東分行(808)</p>
---	---

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 26546 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！