

天主教中華聖母修女會醫療財團法人

信用卡捐款單

填表日期：民國_____年____月____日

捐款項目用途及金額 (請於□內勾選項目並於各相關欄位內填寫資料)

- 肝病防治基金 安寧照顧基金 癌症防治基金 醫院發展基金 急難基金
腎臟病防治基金 糖尿病防治基金 兒童重病救助基金 神經醫學防治基金 院牧基金
護理之家基金 失智症照護基金 精神科病友復建基金 乳癌防治基金 獨居老人基金
社區健康營造基金 阿里山山地醫療基金 指定捐款項目：_____

每月定期捐款新台幣：_____萬_____仟_____佰元

(請用大寫：零壹貳參肆伍陸柒捌玖)

捐款期間：自_____年____月起至_____年____月止

(結束日期勿超過信用卡有效期限，欲停止捐款請來電通知)

單次捐款金額：

新台幣：_____萬_____仟_____佰元

(請用大寫：零壹貳參肆伍陸柒捌玖)

捐款人資料 (欄位前有「*」為必填欄位)

*捐款收據抬頭：_____

先生 小姐 公司

捐款人生日：

民國_____年____月____日

捐款人身分證字號/公司統一編號：

□□□□□□□□□□□□□□□□

(由本院上傳財政部財資中心，隔年 5 月報稅時，可直接線上查詢)

*
捐
款
收
據

每次寄發

年度彙總(次年寄發)

不需寄送紙本收據，並同意資料由本院上傳國稅局財資中心，您可在次年線上申報所得稅時查詢。

*收據寄送地址：□□□□□□ _____

*日間聯絡電話：

*行動電話：

依財團法人法第 25 條規定須公開捐款人姓名及金額資訊，不公開者須以書面表示反對。 本人捐款資訊不公開

信用卡捐款資料 (欄位前有「*」為必填欄位)

*持卡人姓名：_____ 同捐款人

*持卡人簽名：_____

持卡人身分證字號：_____ 同捐款人

(需請與信用卡相同)

*信用卡卡號：□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

*信用卡卡別：VISA Master JBC (目前暫無法受理大來卡，美國運通卡)

*發卡銀行：_____

*信用卡有效期限：_____月/_____年 (填入西元年，並依卡片順序填寫)

※請填妥本表後，傳真至聖馬爾定醫院會計科，傳真：05-2774004 (電話：05-2756000 分機 1307) 或郵寄至：600 嘉義市東區大雅路二段 565 號 會計科收，我們會盡速寄上您的收據。

提醒
您

1. 本表資料請“務必”填寫完整，以便查詢與聯繫；傳真捐款資料後歡迎您來電至本院查詢。
2. 正式捐款收據將於捐款後 2~4 週寄發，收據可供所得稅列舉申報，若您有填寫捐款人身分證字號，可於隔年 5 月起使用憑證下載捐款資料 (可免附收據申報)。
3. 若您信用卡掛失、停用、換卡或升級，請待收到新卡後來電告知，以利處理後續捐款事宜。

天主教中華聖母修女會醫療財團法人 感謝您的支持