|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (抵免臺灣稅款適用)  **臺北醫學大學捐款單**  填表日期： 年 月 日  資料填妥後請傳真、E-mail或郵寄至本校公共事務處 | | | | | | | | | | | | |
| **基本資料** | 姓 名 |  | 身份證號 |  | | 職  稱 | |  | | 生日 | | 年 月 日 |
| 機構名稱  (服務單位) |  | | 統一  編號 |  | | 機構負責人  姓名與職稱 | |  | | | |
| 身 分 別 | □校友，民國 年 系所畢業，學號 屆別  □教職員 □學生家長 □社會人士 □企業󠇁 □機關(公益)團體󠇁 □公/學/協會󠇁□其他 | | | | | | | | | | |
| 聯絡方式 | 公司： 住家： 傳真： 手機： | | | | | | | | | | |
| 電子信箱 |  | | | | | | 本校勸募者姓名 | | |  | |
| 通訊地址 | 縣市 鄉市鎮區 路街 段 巷 弄 號 樓之 | | | | | | | | | | |
| 聯絡人/秘書 | 姓名： 電話： E-Mail： | | | | | | | | | | |
| 捐款徵信 | 是否同意將姓名、捐助金額、用途刊登於本校網站或刊物？□同意 □匿名 | | | | | | | | | | |
| **收據** | □同捐款人姓名、身分證字號 □同機構名稱(服務單位)、統一編號  □其它，抬頭：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身分證/統一編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  寄送地址：□同通訊地址 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **捐款內容** | 捐款金額 | □一次捐款新台幣 元整。  □定期捐款每□月/□年：新台幣　　　　　　元整，自民國　　　年　　月起  至　　　年　　月止，共　　　個月/年，合計新台幣　　　　　　　元整。 | | | | | | | | | | |
| 指定用途 | **□林伶紅醫師紀念教育發展基金**  **□林伶紅醫師紀念教育發展基金(牙醫學系612同學)** | | | | | | | | | | |
| **捐款方式** | □現金 | 請洽公共事務處(02)2736-1661#2650 | | | | | | | | | | |
| □支票 | 【抬頭：財團法人臺北醫學大學】 | | | | | | | | | | |
| □薪資扣款 | 限本校專任教職員適用 | | | | | | | | | | |
| □郵政劃撥 | 【帳號：18415001，戶名：財團法人臺北醫學大學】請於「通訊欄」加註：連絡電話、地址、收據抬頭、身份證字號或統一編號、捐款用途。 | | | | | | | | | | |
| □銀行匯款 | 【受款銀行：永豐銀行三興分行(銀行代碼807)，戶名：財團法人臺北醫學大學，  帳號：147-004-0003639-6】 | | | | | | | | | | |
| □ATM轉帳 | 銀行帳號同銀行匯款，**ATM轉帳請填寫帳戶後五碼(必填) 以利對帳** | | | | | | | | | | |
| □信用卡 | 發卡銀行： 卡別：□VISA □Mastercard □JCB □U CARD □AE  卡號： **—** **—**  **—** 共16碼）  有效期限： 月 年(西元)，持卡人簽名： (須與信用卡簽名一致) | | | | | | | | | | |
| □自行網路信用卡捐款 | 公共事務處網站：https://pasys.tmu.edu.tw/allpay/ | | | | | | | 8BDNCKIE6Z | | | |
| □私校興學 | 透過財團法人私立學校興學基金會指定捐贈臺北醫學大學(請洽公共事務處，須另填表單)  (適用：個人捐贈總額超過綜合所得總額20%，營利事業捐贈總額超過所得總額10%) | | | | | | | | | | |
| ◼聯絡人：張美華[mayhwa@tmu.edu.tw](mailto:mayhwa@tmu.edu.tw)電話:(02)2736-1661#2650專線電話:(02)2739-7285傳真:(02)2739-6386  ◼地址：11031台北市信義區吳興街250號 (臺北醫學大學公共事務處) | | | | | | | | | | | | |

※我 (**請簽名**)同意附表「臺北醫學大學個人資料告知聲明」

**臺北醫學大學個人資料告知聲明**

　　為感謝您的熱心捐助，本校將蒐集您的個人資料建檔永久保存、維護更新與保管，統計累積捐贈金額，凡達本校「感謝捐助辦法」及「教育部捐資教育事業獎勵」標準者，將於校園留名及提供各項榮譽與優待，並向教育部申請獎勵，再次表達謝忱。

　　個人資料範圍：捐款人姓名、身份證字號(護照號碼)、出生年月日、電話、傳真、電子郵件信箱、地址、與配合您所指定信用卡捐款方式所提供之金融資料，以及本校校友畢業系所、年度、屆別、服務機構(C001、C002、C003、C011、C031、C038、C051)等資料。

個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

◼期間：將永續保存您的個人資料，作為累計捐贈金額達規定標準時感恩致謝。

◼地區：本校為募款業務所及地區。

◼對象及方式：個人資料將被利用於開立捐贈收據，寄送捐贈收據、感謝函與紀念品，本校網頁(站)與刊物公開徵信。為感謝捐助統計分析留名紀念及提供各項榮譽與優待，並利用您所提供之聯絡電話、E-mail通知您參與本校慶典活動邀約聯絡通知，若捐款人指定為信用卡捐款方式，則將透過金融機構作扣款處理事宜。

個人資料之權利：您可依個人資料保護法第3條規定，向本校公共事務處就您的個人資料行使請求查詢、閱覽、複製、補充、更正，及請求停止蒐集、處理、利用、刪除等權利。聯絡電話：(02)2736-1661分機2650，傳真號碼：免付費0800-501-050或(02)2739-6386，電子郵件信箱：Alumni@tmu.edu.tw，我們將竭誠為您服務。

於蒐集您的個人資料時，如有資料未完備，則可能對您的服務有所影響。若您「同意」提供您的個人資料，請於本告知聲明書上簽名後回傳。反之，

若您「不同意」提供您的個人資料時，本校將遵守「個人資料保護法」之規定，無法對您表達致謝與服務。

本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容