

**雙和校區 認捐單**

**填寫日期： 年 月 日**

* 基本資料

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **身份證號** |  | **職稱** |  | **生日** | 年 月 日 |
| **服務單位** |  | | | **統一編號** | |  | |
| **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、用途等刊登於本校網站或刊物？□同意 □匿名 | | | | | | |

* 收據

|  |  |
| --- | --- |
| **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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* 捐款金額與用途

|  |  |
| --- | --- |
| **一次捐款** | 新台幣 元整。 |
| **定期捐款** | □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，合計新臺幣　　　　　　元整。 |
| **捐款用途** | □金磚1組100萬元，認捐\_\_\_\_\_\_\_\_\_組，共計\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元  □銀磚1組 50萬元，認捐\_\_\_\_\_\_\_\_\_組，共計\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元  □紅磚1組 10萬元，認捐\_\_\_\_\_\_\_\_\_組，共計\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 |

* 捐款方式

|  |  |
| --- | --- |
| □**現金** | 請洽臺北醫學大學公共事務處(02)2736-1661#2650 張美華小姐 |
| □**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** | 8BDNCKIE6Z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) ▲線上刷卡 |
| □**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」，詳見QRcode