**財團法人惠民醫療救濟基金會**

**高雄榮民總醫院員工薪資捐款代扣授權書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 捐款人資料欄 | 姓名 |  | 身分證字號 | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 聯絡地址 | □□□□□(郵遞區號)    因院內人員異動/離職/退休，本會無法即時知悉，故請填寫**可收到收據之地址**。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 單位 |  | 電話 | 分機：  行動電話：  ※請擇一留下聯繫方式 | | | | | | | | | | | | |
| 卡號 |  |
| 捐款資料 | 扣款日期 | □ 自　　年　　月起每月自薪資扣款  □ 單筆扣款，金額 元(或是直接至醫療大樓1樓社工室臨櫃現金捐款) | | | | 金額  (大寫) | | 每月計扣新台幣 元 | | | | | | | | |
| 捐款對象 | □不指定 □安寧照顧專戶  □器官捐贈病患 □小甜心專戶 | | | | 填表  日期 | | 民國 　　年 　　月 　　日 | | | | | | | | |
| 收據開立明細（含共同捐款人） | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 姓名 | 每月捐款金額 | 註記 | 姓名 | 每月捐款金額 | 註記 | |  |  | * 開立收據 * 登錄國稅局   身份證字號： |  |  | * 開立收據 * 登錄國稅局   身份證字號： | |  |  | * 開立收據 * 登錄國稅局   身份證字號： |  |  | * 開立收據 * 登錄國稅局   身份證字號： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫訊徵信明細 | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 姓名 | 每月捐款金額 | 註記 | 姓名 | 每月捐款金額 | 註記 | |  |  | * 公開徵信 * 不公開(以善心人士徵信) |  |  | * 公開徵信 * 不公開(以善心人士徵信) | |  |  | * 公開徵信 * 不公開(以善心人士徵信) |  |  | * 公開徵信 * 不公開(以善心人士徵信) | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ◆請以工整字體書寫，並確認申請資料填寫完整，以利寄送捐款收據與提供更完善服務。  ◆**本會將提供您的年度捐款資料給國稅局，俾利您於年度報稅時採自然人憑證報稅或查詢捐款扣除額資料，歡迎您提供身份證字號，以利本會將您納入扣除單據電子化服務。**  ◆以上捐款人姓名、卡號、每月扣款金額將轉請出納代辦。  ◆若您工作異動或欲停止扣款，請務必來電通知。  ◆同仁每月定期扣款之收據，將於年底彙整後，隔年一月送至各單位。  洽詢電話：**（07）346-8028或院內分機75309 柯社工(卡號：4813)** 傳真電話：**（07）346-8023**  ◆**您的個人資料本會將妥善保存並絕對保密，僅供本會使用，謝謝您**◆ |