

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

姓名											身分證 字號													
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (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																								
扣款日期	<input type="checkbox"/> 自____年____月起每月自薪資扣款 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 不指定 <input type="checkbox"/> 安寧照顧專戶 <input type="checkbox"/> 器官捐贈病患 <input type="checkbox"/> 小甜心專戶										填表日期	民國____年____月____日												
	姓名	每月捐款金額	註記										姓名	每月捐款金額										
			<input type="checkbox"/> 開立收據 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局 身份證字號：_____												<input type="checkbox"/> 開立收據 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局 身份證字號：_____									
			<input type="checkbox"/> 開立收據 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局 身份證字號：_____												<input type="checkbox"/> 開立收據 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局 身份證字號：_____									

姓名	每月 捐款 金額	註記	姓名	每月 捐款 金額	
		<input type="checkbox"/> 公開徵信 <input type="checkbox"/> 不公開(以善心人士徵信)			<input type="checkbox"/> 公開徵信 <input type="checkbox"/> 不公開 信
		<input type="checkbox"/> 公開徵信 <input type="checkbox"/> 不公開(以善心人士徵信)			<input type="checkbox"/> 公開徵信 <input type="checkbox"/> 不公開 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◆