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	□□□□□(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	□ 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	

姓名	每月捐款金額	註記	姓名	每月捐款金額	
		□ 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：_____

姓名	每月捐款金額	註記	姓名	每月捐款金額		
		☐ 公開徵信 ☐ 不公開(以善心人士徵信)			☐ ☐	公開徵信 不公開信
		☐ 公開徵信 ☐ 不公開(以善心人士徵信)			☐ ☐	公開徵信 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◆