

~敬邀您加入醫改贊助人行列，相挺醫改久久久~



財團法人台灣醫療改革基金會
捐款轉帳付款授權書

- 一、為避免混淆重覆，一份授權書僅能選定一家金融機構或信用卡帳戶處理。
- 二、請於每月 15 日前確定您的帳戶有足夠的金額，若有餘額不足或信用卡額度不足/停用，將不予扣款，本會將另行通知，於下次再行扣款。
- 三、若有取消或更改本授權內容，請於每月 5 日前通知本會，由本會轉知金融機構取消或更改。

請款日期：每月 15 日·遇假日順延 1 日

填寫狀況： 新增 異動

立授權書人帳戶資料		捐款人收據資料 (與立授權書人同一人可免填)	
帳戶所有人姓名		收據姓名	
身分證字號	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (公司行號請寫統一編號)	身分證字號	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (公司行號請寫統一編號)
出生日期	民國____年____月____日	出生日期	民國____年____月____日
聯絡地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
聯絡電話	(公) _____ (宅) _____	手機：	_____
電子郵件 E-mail	_____	傳真 FAX	_____

因捐款人姓名會公佈於醫改會官網與季刊中，如需匿名請勾選 是，捐款名錄請匿名。

捐款方式：信用卡

發卡銀行：_____ 卡別： VISA MASTER JCB 聯合信用卡 (請✓選)
 卡號：--- 有效期限：月/西元年
 持卡人簽名：_____ (請與信用卡背面相符)

捐款方式：郵局轉帳

存簿儲金 (個人戶請用存簿儲金帳戶)
 局號：-
 帳號：-
 劃撥儲金 (以立授權書人本人帳戶為限)
 帳號：

立授權書人簽章 (本授權書係由帳戶本人簽署)

印鑑欄



捐款期限：

定期贊助：自民國____年____月起，每月固定捐款金額：\$ _____ 元
 單筆捐款：捐款金額：\$ _____ 元

收據寄發： 年度彙總 每次寄發 不寄收據 不寄收據，同意上傳捐款資料至國稅局以利電子申報(需填身分證字號)

醫改訊息： 電子報 期刊 皆不需要

從何處獲得本會資訊：

1. 媒體： 電視 (____頻道) 廣播 (____電台) 報紙 (____報) 雜誌 (____雜誌)
 2. 網路 3. 捷運 4. 醫院診所 5. 朋友 6. 其他

本人介紹親友、同事認識醫改會，請寄簡介資料給他

姓名	電話	住址

地址：106 台北市復興南路 2 段 151 巷 8 號 3 樓之 5 電話：(02)2709-1329
 如果您不需要本授權書，煩請轉致您的親戚、朋友，謝謝您！

傳真：(02)2709-1540 <http://www.thrf.org.tw>
 勸募字號：北市社團字第 1103086019 號