~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	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ （公司行號請寫統一編號）	身分證字號	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ （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	☐☐☐		
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＿＿＿＿站 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　傳真：(02)2709-1540　http://www.thrf.org.tw
如果您不需要本授權書，煩請轉致您的親戚、朋友，謝謝您！
勸募字號：北市社團字第 1133224712 號