

財團法人瑞信兒童醫療基金會捐款單

填表日期：西元

年

月

日

捐款者資訊

收據名稱 (姓名/單位抬頭)			
ID (身分證/統編)			
電話		手機	
E-mail			
聯絡地址	(收據郵寄地址，請務必填寫以利郵寄)		
<input type="checkbox"/> 不提供捐款者資訊，謹以「善心人士」之名徵信。			

捐款方式

<input type="checkbox"/> 信用卡捐款			
持卡人姓名	信用卡卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡		
發卡銀行	有效期限	西元	年 月 日
卡號	-	-	-
<input type="checkbox"/> 定期捐款：捐款期間自西元_____年_____月起至西元_____年_____月止			
<input type="checkbox"/> 單次捐款：_____元			
持卡人簽名 (需與信用卡簽名一致)：			
<input type="checkbox"/> 匯款轉帳 (金融機構轉帳、臨櫃匯款或ATM轉帳捐款)			
• 銀行：807 永豐銀行 重新分行			
• 戶名：財團法人瑞信兒童醫療基金會			
• 帳戶：164-018-0002808-8			
<input type="checkbox"/> 郵局劃撥			
• 劃撥戶名：財團法人瑞信兒童醫療基金會			
• 劃撥帳號：50406907			

衷心感謝您的愛心與支持

- 填妥後傳真至(02)8228-0561，或email至service@raising.org.tw，
- 請以電話(02)8228-0560再次確認，確認入帳後開立捐款收據，並於兩周內寄出。

勸募許可文號：衛部救字第1141360589號