

耕莘健康管理專科學校捐款同意書

填表日期： 年 月 日

基本資料	姓名/機構名稱		身分證字號/ 統一編號		
	聯絡方式	電話：()	手機：	傳真：	
	通訊地址	□□□-□□			
	電子信箱				
	身分	<input type="checkbox"/> 校友，民國_____年_____科畢(結)業 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 社會人士 <input type="checkbox"/> 企業機構 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	服務單位		職稱		

捐款內容	單次捐款	民國 年 月 日，捐款新臺幣_____元整
	定期定額捐款	自民國_____年_____月起至_____年_____月止，每月_____元整
	捐款用途	<input type="checkbox"/> 弱勢助學基金 (一粒芥子，育苗計畫) <input type="checkbox"/> 無指定用途，委由校方自由運用。 <input type="checkbox"/> 其他指定用途捐款 (請說明) _____

捐款方式	<input type="checkbox"/> 現金	填妥本同意書後請至本校出納組捐款。
	<input type="checkbox"/> 銀行匯款/ ATM轉帳	請至銀行匯款，並填妥本同意書，傳真或郵寄至本校秘書室。 銀行「合作金庫商業銀行 北新分行」銀行代號：006 戶名「財團法人耕莘健康管理專科學校」帳號：0081765204747
	<input type="checkbox"/> 郵政劃撥	戶名「財團法人耕莘健康管理專科學校」，帳號：01528007
	<input type="checkbox"/> 信用卡	卡別：○VISA ○MASTER ○其他_____ 卡號：□□□□-□□□□-□□□□-□□□□ 發卡銀行：_____

有效期限：□□月 □□年(西元) 持卡人簽名 _____
 卡片背面末三碼：□□□

收據	抬頭名稱： <input type="checkbox"/> 同捐款人 <input type="checkbox"/> 指定姓名/公司名稱 _____ <div style="text-align: right;">捐款者身分證字號或統一編號：_____</div>
	寄送地址： <input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	*捐款可自個人當年度綜合所得/企業營利所得，列舉扣除額 100%扣除。 *是否同意將姓名、身分、刊登於本校網站與刊物。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

捐款專線：02-22193590 黃小姐 傳真：02-22197718
 地址：23143 新北市新店區民族路 112 號 耕莘健康管理專科學校 秘書室