

捐款資料

(请在适当方格内填上「✓」号； * 请删去不适用者。)

本人乐意 每月捐款 / 一次性捐款: HK\$99 HK\$199 HK\$_____ 以支持仁濟醫院慈善基金/活动

紧急援助基金 永强全瘫病人基金 各项服务基金 医疗基金

赠医施药基金 社会服务基金 教育服务基金 德育及公民教育奖励基金

明日更生慈善基金 传心传义基金 医院重建基金 筹募活动(请注明): _____

捐款者資料

姓名	*先生 / 女士 / 小姐	联络电话							
捐款收据姓名	*先生 / 女士 / 小姐	地址							
<input type="checkbox"/> 为节省行政开支, 让善款运用得宜, 本人不需要捐款收据。		电邮							

捐款方法

信用卡 每月捐款 / 一次性捐款 (可传真至 2412 0245)

Visa Master 仁濟银联双币信用卡

签发银行												
持卡人姓名	*先生 / 女士 / 小姐											
信用卡号码												
有效日期	/		(月 / 年)									
持卡人签名					日期							
1. 签名必须与 合下(等)之户口签名相同。表格上如有任何更改, 请在旁签署。 2. 本人授权仁濟醫院每月由本人之信用卡户口扣除上述之款项。本人同意此授权书于本人信用卡之有效期过后及获续发新卡后继续生效, 直至另行通知。 3. 信用卡公司将扣除善款 1.90%-2% 作行政费。												

银行户口每月自动转账授权书

(请寄回正本, 表格上如有任何更改, 请在旁签署。)

收款之一方(受惠机构)														
仁濟醫院统筹账														
银行编号	分行编号	收款账户之号码												
0	0	4	0	0	1	5	4	5	8	8	8	0	0	1
本人(等)之银行及分行之名称														
银行编号	分行编号	本人(等)之账户之号码												
本人(等)在结单 / 存折上所纪录之英文名称														
开户时之身份证号码														
每月付款之限额														
本人(等)之签名(银行户口签名)														
日期	[仁濟醫院]支账参考						供银行专用							
1. 本人(等)现授权本人(等)之上述银行, 根据受惠机构不时给予本人(等)银行之指示, 自本人(等)之账户内转账予上列之受惠机构。但每次转账金额不得超过以上指定之限额。 2. 本人(等)同意本人(等)之银行毋须证实该等转账通知是否已交予本人(等)。 3. 如因该等转账而令本人(等)之账户出现透支(或令现时之透支增加), 本人(等)会共同及各别承担全部责任。 4. 本人(等)确证在本授权书内的签名与本人(等)用以转账的户口的签署相同。 5. 本人(等)同意如本人(等)之账户并无足够款项支付该等授权转账, 本人(等)之银行有权不予转账, 且银行可收取惯常之收费, 该等费用一概由本人(等)支付。 6. 本人(等)同意取消或更改本授权书之任何通知, 须于取消或更改生效日最少两个工作天之前交予本人(等)之银行。 7. 本直接付款授权书将继续生效直至另行通知为止。														

划线支票捐款

支票抬头请写「仁濟醫院」, 并连同此表格寄回本院。
支票号码: _____

支付宝香港捐款

捐款日期: _____ 捐款编号(最后 5 位数字): _____



八达通捐款

捐款日期: _____ 参考编号(最后 5 位数字): _____



缴费灵捐款

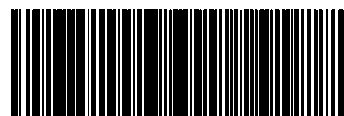
电话: 18033 网址: www.ppskh.com 商户编号: 9386

捐款日期: _____ 付款编号: _____

7-ELEVEN 现金捐款

携同以下捐款条形码到全港任何的 7-ELEVEN 以现金捐款。金额上限为港币 5,000 元正。请将 7-Eleven 发出的收款机交易纪录 正本 连同此表格寄回本院。

7-11 HSBC



3170 1001 5458 8800 132

银行捐款 (请将存款收据 正本 连同此表格寄回本院。)

汇丰银行	001-545888-001	恒生银行	288-092323-001
中国银行(香港)	064-780-0-015564-4	东亚银行	514-40-44845-1
交通银行(香港分行)	541-0-202888-8	创兴银行	259-20-555666-3

个人资料收集声明

仁濟醫院(「本院」)会按照《个人资料(私隐)条例》的规定处理及储存您的个人资料, 绝不会向第三方出售及/或提供您的个人资料。本院拟使用您的个人资料以作日后联络、筹款宣传、收集意见或推广用途。惟未经您的同意, 本院不会将您的个人资料用于上述用途。如您不同意, 请在以下空格内加上「✓」号。您有权随时向本院查询、更改或要求停止使用您的个人资料作上述用途, 费用全免, 请于办公时间致电 187 2828。

本人反对仁濟醫院使用我的个人资料作上述用途。

本人已阅读, 了解及同意仁濟醫院上述有关收集、使用及提供个人资料的条文。

签署: _____ 日期: _____