

捐款資料

(請在適當方格內填上「✓」號；* 請刪去不適用者。)

- 本人樂意 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/活動
- 緊急援助基金 永強全癱病人基金 各項服務基金 醫療基金
 贈醫施藥基金 社會服務基金 教育服務基金 德育及公民教育獎勵基金
 明日更生慈善基金 傳心傳義基金 醫院重建基金 籌募活動(請註明): _____

捐款者資料

姓名	*先生 / 女士 / 小姐	聯絡電話							
捐款收據姓名	*先生 / 女士 / 小姐	地址							
<input type="checkbox"/> 為節省行政開支，讓善款運用得宜，本人不需要捐款收據。		電郵							

捐款方法

信用卡 每月捐款 / 一次性捐款 (可傳真至 2412 0245)

- Visa Master 仁濟銀聯雙幣信用卡

簽發銀行											
持卡人姓名	*先生 / 女士 / 小姐										
信用卡號碼											
有效日期	/		(月 / 年)								
持卡人簽名				日期							
1. 簽名必須與 閣下(等)之戶口簽名相同。表格上如有任何更改，請在旁簽署。 2. 本人授權仁濟醫院每月由本人之信用卡戶口扣除上述之款項。本人同意此授權書於本人信用卡之有效期過後及獲續發新卡後繼續生效，直至另行通知。 3. 信用卡公司將扣除善款 1.90%-2% 作行政費。											

支付寶香港捐款

捐款日期: _____ 捐款編號(最後 5 位數字): _____

(APP)



八達通捐款

捐款日期: _____ 參考編號(最後 5 位數字): _____

(APP)



銀行戶口每月自動轉賬授權書

(請寄回正本，表格上如有任何更改，請在旁簽署。)

收款之一方(受惠機構)											
仁濟醫院統籌賑											
銀行編號	分行編號	收款賬戶之號碼									
0 0 4	0 0 1	5	4	5	8	8	8	0	0	1	
本人(等)之銀行及分行之名稱											
銀行編號	分行編號	本人(等)之賬戶之號碼									
本人(等)在結單 / 存摺上所紀錄之英文名稱											
開戶時之身份證號碼											
每月付款之限額											
本人(等)之簽名(銀行戶口簽名)											
日期	[仁濟醫院]支賬參考					供銀行專用					
1. 本人(等)現授權本人(等)之上述銀行，根據受惠機構不時給予本人(等)銀行之指示，自本人(等)之賬戶內轉賬予上列之受惠機構。但每次轉賬金額不得超過以上指定之限額。 2. 本人(等)同意本人(等)之銀行毋須證實該等轉賬通知是否已交予本人(等)。 3. 如因該等轉賬而令本人(等)之賬戶出現透支(或令現時之透支增加)，本人(等)會共同及各別承擔全部責任。 4. 本人(等)確證在本授權書內的簽名與本人(等)用以轉賬的戶口的簽署相同。 5. 本人(等)同意如本人(等)之賬戶並無足夠款項支付該等授權轉賬，本人(等)之銀行有權不予轉賬，且銀行可收取慣常之收費，該等費用一概由本人(等)支付。 6. 本人(等)同意取消或更改本授權書之任何通知，須於取消或更改生效日最少兩個工作天之前交予本人(等)之銀行。 7. 本直接付款授權書將繼續生效直至另行通知為止。											

繳費靈捐款

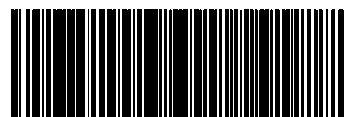
電話: 18033 網址: www.ppsk.com 商戶編號: 9386

捐款日期: _____ 付款編號: _____

7-ELEVEN 現金捐款

攜同以下捐款條碼到全港任何的 7-ELEVEN 以現金捐款。金額上限為港幣 5,000 元正。請將 7-Eleven 發出的收銀機交易紀錄 正本 連同此表格寄回本院。

7-11 HSBC



3170 1001 5458 8800 132

銀行捐款 (請將存款收據 正本 連同此表格寄回本院。)

滙豐銀行	001-545888-001	恒生銀行	288-092323-001
中國銀行(香港)	064-780-0-015564-4	東亞銀行	514-40-44845-1
交通銀行(香港分行)	541-0-202888-8	創興銀行	259-20-555666-3

個人資料收集聲明

仁濟醫院(「本院」)會按照《個人資料(私隱)條例》的規定處理及儲存您的個人資料，絕不會向第三方出售及/或提供您的個人資料。本院擬使用您的個人資料以作日後聯絡、籌款宣傳、收集意見或推廣用途。惟未經您的同意，本院不會將您的個人資料用於上述用途。如您不同意，請在以下空格內加上「✓」號。您有權隨時向本院查詢、更改或要求停止使用您的個人資料作上述用途，費用全免，請於辦公時間致電 187 2828。

本人反對仁濟醫院使用我的個人資料作上述用途。

本人已閱讀，了解及同意仁濟醫院上述有關收集、使用及提供個人資料的條文。

簽署: _____ 日期: _____