

捐款資料

(請在適當方格內填上「✓」號； * 請刪去不適用者。)

本人樂意一次性捐款：HK\$99 HK\$199 HK\$_____ 以支持仁濟醫院慈善基金/活動

- | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 緊急援助基金 | <input type="checkbox"/> 永強全癱病人基金 | <input type="checkbox"/> 各項慈善服務基金 | <input type="checkbox"/> 醫院醫療基金 |
| <input type="checkbox"/> 贈醫施藥基金 | <input type="checkbox"/> 社會服務基金 | <input type="checkbox"/> 教育服務基金 | <input type="checkbox"/> 德育及公民教育獎勵基金 |
| <input type="checkbox"/> 明日更生慈善基金 | <input type="checkbox"/> 傳心傳義基金 | <input type="checkbox"/> 醫院重建基金 | <input type="checkbox"/> 關愛小領袖月捐及義工計劃 |
| <input type="checkbox"/> 高齡津貼(生果金)捐款計劃 | <input type="checkbox"/> 與仁同心捐助計劃 | <input type="checkbox"/> 智能電子產品回收計劃 | <input type="checkbox"/> 遺產捐贈計劃 |
| <input type="checkbox"/> 其他(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(一次性捐款)

- 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							
<small>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. 本人授權仁濟醫院由本人之信用卡戶口扣除上述之款項。</small>											

繳費靈捐款

電話：18033 網址：www.ppschk.com 商戶編號：9386
捐款日期：_____ 付款編號：_____

轉數快捐款

快速支付系統識別碼：8124661 捐款日期：_____
捐款人戶口名稱：_____

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

劃線支票捐款

支票抬頭請寫「仁濟醫院」，並連同此表格寄回本院。
支票號碼：_____

支付寶香港捐款

捐款日期：_____
捐款編號(最後 5 位數字)：_____



八達通捐款

捐款日期：_____
參考編號(最後 5 位數字)：_____



PayMe 捐款

捐款日期：_____
捐款者姓名(輸入在訊息欄內)：_____



PayPal / WeChat Pay / BOC Pay 捐款

捐款日期：_____
參考編號(最後 5 位數字)：_____



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
南洋商業銀行	043-472-00570073		

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：_____

#捐款港幣\$100 或以上可獲發政府扣稅收據。