

捐款资料

(请在适当方格内填上「✓」号； * 请删去不适用者。)

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

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 紧急援助基金 | <input type="checkbox"/> 永强全瘫病人基金 | <input type="checkbox"/> 各项服务基金 | <input type="checkbox"/> 医疗基金 |
| <input type="checkbox"/> 赠医施药基金 | <input type="checkbox"/> 社会服务基金 | <input type="checkbox"/> 教育服务基金 | <input type="checkbox"/> 德育及公民教育奖励基金 |
| <input type="checkbox"/> 明日更生慈善基金 | <input type="checkbox"/> 传心传义基金 | <input type="checkbox"/> 医院重建基金 | <input type="checkbox"/> 筹募活动(请注明): _____ |

捐款者资料

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(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							
<p>1. 签名必须与 阁下(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。</p>											

缴费灵捐款

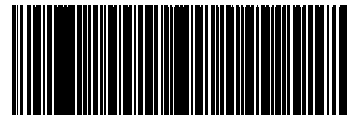
电话: 18033 网址: www.ppskh.com 商户编号: 9386

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

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): _____



PayMe 捐款

捐款日期: _____

捐款者姓名(输入在讯息栏内): _____



PayPal / 转数快/ 微信支付/ BOC Pay 捐款

捐款日期: _____

参考编号(最后 5 位数字): _____



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: _____

仁濟醫院捐款表格(每月捐款)

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：HK\$99 HK\$199 HK\$_____ 以支持仁濟醫院慈善基金/活动

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 紧急援助基金 | <input type="checkbox"/> 永强全瘫病人基金 | <input type="checkbox"/> 各项服务基金 | <input type="checkbox"/> 医疗基金 |
| <input type="checkbox"/> 赠医施药基金 | <input type="checkbox"/> 社会服务基金 | <input type="checkbox"/> 教育服务基金 | <input type="checkbox"/> 德育及公民教育奖励基金 |
| <input type="checkbox"/> 明日更生慈善基金 | <input type="checkbox"/> 传心传义基金 | <input type="checkbox"/> 医院重建基金 | <input type="checkbox"/> 筹募活动(请注明): _____ |

捐款者資料

姓名	*先生 /女士 /小姐	联系电话									
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

銀行戶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)		
仁濟醫院統籌賬		
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, 須于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。		

PayPal (每月捐款)

捐款日期: _____
 參考編號(最後 5 位數字): _____



信用卡(每月捐款) (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, 请在旁簽署。 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。本人同意此授權書于本人信用卡之有效期過後及獲發新卡後繼續生效, 直至另行通知。												

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于上述用途。如您不同意, 请在以下空格內加上「✓」号。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, 請于辦公時間致電 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: _____