

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"/> 仁濟抗疫基金 |
| <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"/> 其他(请注明): _____ |
| <input type="checkbox"/> 仁濟关爱小领袖月捐及义工计划 | <input type="checkbox"/> 与仁同心捐助计划 | <input type="checkbox"/> 仁濟高龄津贴(生果金)捐款计划 | |

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(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 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。											

缴费灵捐款

电话: 18033 网址: www.ppsk.com 商户编号: 9386
 捐款日期: _____ 付款编号: _____

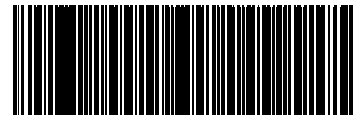
转数快捐款

快速支付系统识别码: 8124661 捐款日期: _____
 捐款人户口名称: _____

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): _____



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
南洋商业银行	043-472-00570073		

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 / 微信支付 / BOC Pay 捐款

捐款日期: _____
 参考编号(最后 5 位数字): _____



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: _____

#捐款港币\$100 或以上可获发政府免税收据(香港居民适用)。