

捐 贈 聲 明 書

捐款收據號

一、捐款者資料

填表日期： 年 月 日

捐款人/單位 性 別 男 女 法人
身分證字號 聯絡電話
統一編號 傳 真
服務單位 行動電話
電子信箱 聯 絡 人
通 信 地 址

教 職 員 工 學校教職員工 教職員工眷屬 兼任教師

校 友 護校第__屆校友 專校第__屆校友 校友眷屬 學生家長

非 校 友 社會人士 機關企業 法人團體 馬偕紀念醫院員工

※個人捐款收據依所得稅法第 17 條，在綜合所得總額 20% 以內可列為扣除額。

營利事業(企業)捐款收據依所得稅法第 36 條，於不超過所得額 10% 內，得列報為當年度費用。(虧損企業不得捐贈，如捐贈亦不得扣抵)。

請勾選收據抬頭 同捐款者 其他

二、金額及用途

一 次 捐 款 新台幣 美金 其他_____(幣別)，金額_____元
薪資扣款 每月捐款新台幣_____元，自__年__月起至__年__月

定 期 捐 款 收據寄送方式 每次扣款成功後開立收據並即刻寄送。
每次扣款成功後開立收據於當年底彙整後一次寄送。

捐 款 用 途 校務發展基金 不指定用途
建設發展基金 興建三芝校區教學大樓 其他建設：_____
獎助學金 不指定用途 指定：_____
其他

三、捐贈方式

現 金 郵寄現金袋或臨時繳櫃地點：馬偕醫護管理專科學校總務處出納組

支 票 支票抬頭：馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校
支票請加劃橫線並註明禁止背書轉讓，連同本聲明書掛號郵寄本校。

電 匯 受款銀行：彰化銀行-中山北路分行
戶名：馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校
帳號：5081-51-14795-230，請將匯款單影本連同本聲明書傳真或郵寄本校。

郵政劃撥 戶名：馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校，帳號：17288711
請於郵政劃撥單之通訊欄註明收據抬頭、身分證字號或統一編號、捐款用途。

信 用 卡 VISA 卡號_____
 MASTER 有效期限_____(月/年)
 聯合信用卡 發卡銀行_____
 JCB 持卡人簽名_____ (需與信用卡簽名一致)

其 他 有價證券或其他捐贈，依據相關稅法規定辦理。

四、徵信調查： 同意將捐款事蹟刊登於馬偕專校募款專區網頁或刊物上 匿名。

勸募單位：

勸募人：