

**高雄醫學大學捐贈聲明書**

**一、捐款者資料**(打**★**號處請務必填妥) 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **捐款人/單位★** |  | **服務單位** |  |
| **身份證字號 / 統一編號★** |  | **聯絡電話 / 聯絡人★** |  |
| **電子信箱★** |  | **傳真★** |  |
| **通訊地址★** | □□□□□ | | |
| □**教職員工★** | □學校 □附設醫院 □小港醫院□大同醫院□旗津醫院，□教職員工□配偶 | | |
| □**校 友★** | 民國 年 系所畢 □校友眷屬□學生家長(學生姓名 就讀系所 ) | | |
| □**非校友★** | □社會人士　□機關企業　□法人團體　□其他 | | |

**二、捐款收據可扣抵所得稅之用，請勾選收據抬頭★** □同捐款者　□其他

**三、捐贈金額及用途★**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一次捐款** | □新台幣 | □ 美金 | | □ 日幣 | ，金額 |  | | 元 |
| **定期捐款** | □薪 資 扣 款: | | 每月捐款新台幣 | | 元，自　 　年　 月起至　 　年　 　月止。 | | | |
| □收據寄送方式: | | □ 每次扣款成功後即刻寄送 | | | | □ 每次扣款成功後，收據於當年底彙整後一次寄送 | |
| **捐款用途** | ■獎助學金：起飛圓夢助學專款 | | | |  | | | |

**四、捐贈方式★**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □**現金** | 臨櫃繳款地點：高雄醫學大學總務處出納組 | | |
| □**支票** | 支票抬頭：高雄醫學大學，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：彰化銀行東高雄分行，戶名：財團法人私立高雄醫學大學募捐基金，帳號：8140-01-00115-1-80 匯款單影本連同本聲明書傳真或郵寄本校。 | | |
| □**郵政劃撥** | 戶名：高雄醫學大學，帳號：42121235 請於郵政劃撥單之通訊欄註明收據抬頭、身份證字號或統一編號、捐款用途。 | | |
| □**信用卡**  (手續費2%) | □VISA  圖片預覽□MASTER  master梅花visa□聯合信用卡  □ JCB | 卡號□□□□-□□□□-□□□□-□□□□ 有效期限□□ ∕ □□□□(月/年) 發卡銀行 持卡人簽名(需與信用卡簽名一致) | 授權碼：  (由高醫填寫) |
| □**其他** | 有價證券或其他捐贈，依據相關稅法規定辦理。 | | |

**五、徵信調查：**□ 不同意將捐款事蹟刊登於高雄醫學大學募款專區網頁或刊物上（如未勾選，表同意刊登）。

**如蒙捐贈，請傳真或郵寄至高雄醫學大學秘書室校友暨公共事務組，俾供資料存查，謝謝！**

★ 郵寄地址：807　高雄市三民區十全一路100號 高雄醫學大學 秘書室校友暨公共事務組 收 ★

聯絡電話：(07) 312-1101轉2101～2103 / 2317 傳真：(07)321-2062

註：指定用途之捐贈，依捐贈者指定之用途執行之，但有以下情形之一者，得經本校同意後歸入基金，本校得變更用途，統籌運用，前述規定應於捐贈聲明書載明提供捐贈者知悉：（一）原捐贈目的已達成，或捐贈用途已不存在者。（二）指定用途捐款剩餘金額連續3年以上未支用者。（三）指定用途捐款剩餘金額低於1萬元且1年以上未支用者。（四）捐贈之實物已逾使用年限，變賣所得之殘餘價值。

＊高雄醫學大學基於募捐服務、學校活動策劃與推動、捐款人資訊建置之目的，須蒐集您的識別類、受僱情形等個人資料，以在校務行政期間及地區內利用，包含募捐服務聯繫、活動通知及資訊建置。您得就個人資料行使請求查閱、補充、更正、製給複製本、請求停止蒐集、處理、利用及請求刪除等權利，請洽本校秘書室。各項資料如未完整提供，將無法完成此次捐款。