

感謝您對恆基的支持！為了使您捐款更為簡便，請於下列授權表格中填妥您的資料，並請務必郵寄至本院（946 屏東縣恆春鎮恆西路 21 號 企發室），我們將儘速為您辦妥捐款事宜。若有任何疑問，歡迎您隨時來電 08-8880064。  
電子信箱：hcch.617@gmail.com 網址：http://www.hcch.org.tw

## ACH 銀行轉帳捐款授權書（扣款金融機構留存）第一聯

- 首次填單 / 重新授權 首次捐款日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ◆捐款人編號：  
捐款人姓名：\_\_\_\_\_ 先生 女士 職業：\_\_\_\_\_ 未婚 已婚子女數【 \_\_\_\_ 】  
扣款人姓名：\_\_\_\_\_ 先生 女士 職業：\_\_\_\_\_ 未婚 已婚子女數【 \_\_\_\_ 】  
扣款人身份證字號：\_\_\_\_\_ 扣款人年齡：7~18 歲 19~30 歲 31~40 歲 41~50 歲 50 歲以上  
聯絡電話：（公）\_\_\_\_\_（私）\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_  
收據抬頭（同捐款人姓名）：\_\_\_\_\_  
收據地址：\_\_\_\_\_  
（若需分別開立收據，請詳列個別姓名及金額，傳真或郵寄本院）
- 捐款期間**（申請辦理定期定額扣款，每月捐款達 2000 元以上，我們將致贈精美書籤給您！【自 97 年 3 月起】）  
A. 本人願意從西元\_\_\_\_年\_\_\_\_月開始捐款，固定每月捐款新台幣\_\_\_\_元整，直到申請終止捐款即停止扣款。  
B. 本人願意從西元\_\_\_\_年\_\_\_\_月至西元\_\_\_\_年\_\_\_\_月，共\_\_\_\_次，固定每月捐款新台幣\_\_\_\_元整
- 捐款類別**  
擴建發展基金【醫療發展及建設等】 醫療設備基金【醫療儀器添備等】  
山地醫療【偏遠地區巡迴義診等】 醫療傳道  
社會服務【弱勢學童課輔／獨居老人照顧／老人送餐／老人日托站／新移民女性關懷】  
其他\_\_\_\_\_
- 恆基院訊** 請寄發 請勿寄發 請寄電子報 電子信箱：\_\_\_\_\_
- 收 據** 年度匯總寄發一次 按月寄發（若未勾選，將每月寄發收據） 免寄收據

## 銀行帳戶資料

◎本院信用卡扣款日為每月 25 日，如遇假日則順延：每月 10 日以後收件者，將於隔月處理

### 1. 授權：

立授權書人（即委繳戶）茲同意財團法人恆春基督教醫院透過台灣票據交換所媒體交換業務機制，依照表列資料，自本人存款帳戶劃付捐款費用，並遵守代繳銀行及台灣票據交換所有關規定。

### 2. 如因授權書內容填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因致無法辦理轉帳者，本授權書不生效力。

繳款資料	發動行	第一銀行恆春分行	發動者	財團法人恆春基督教醫院
	發動行代號	0077534	統一編號	20261946
	用戶號碼		交易代號	529

授權人請填寫往金融機構帳戶資料，並蓋妥上述存款帳戶印鑑

扣款帳戶資料： 金融機構代號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____銀行_____分行 帳號：_____	授權人簽章：（簽章樣式須與授權扣款帳戶之簽章相符） 本人已詳閱並同意本授權書之各項約定事項。  <p style="text-align: right;">（本授權書各聯皆請蓋章）</p>
<input type="checkbox"/> 存款印鑑不符 <input type="checkbox"/> 無此帳號 <input type="checkbox"/> 其他	授權人往來銀行簽章欄（授權人資料、印鑑相符） 主管 _____ 經辦 _____  核對日期：_____年_____月_____日

備註：1. 本授權書一式三聯：第一聯由扣繳金融機構留存，第二聯由發動行留存，第三聯由發動者留存

3. 請務必以郵寄方式將此授權書正本一式三聯寄回，以提供開戶銀行進行核印程序，經銀行審核原留印鑑無誤後，方可進行轉帳捐款。

感謝您對恆基的支持！為了使您捐款更為簡便，請於下列授權表格中填妥您的資料，並請務必郵寄至本院（946 屏東縣恆春鎮恆西路 21 號 企發室），我們將儘速為您辦妥捐款事宜。若有任何疑問，歡迎您隨時來電 08-8880064。  
 電子信箱：hcch.617@gmail.com 網址：http://www.hcch.org.tw

## ACH 銀行轉帳捐款授權書（發動行留存）第二聯

- 首次填單 / 重新授權      首次捐款日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日      ◆捐款人編號：
- 捐款人姓名：\_\_\_\_\_ 先生 女士 職業：\_\_\_\_\_ 未婚 已婚子女數【    】
- 扣款人姓名：\_\_\_\_\_ 先生 女士 職業：\_\_\_\_\_ 未婚 已婚子女數【    】
- 扣款人身份證字號：\_\_\_\_\_ 扣款人年齡：7~18 歲 19~30 歲 31~40 歲 41~50 歲 50 歲以上
- 聯絡電話：（公）\_\_\_\_\_（私）\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_
- 收據抬頭（同捐款人姓名）：\_\_\_\_\_
- 收據地址：\_\_\_\_\_
 

（若需分別開立收據，請詳列個別姓名及金額，傳真或郵寄本院）
- 捐款期間**（申請辦理定期定額扣款，每月捐款達 2000 元以上，我們將致贈精美書籤給您！【自 97 年 3 月起】）
  - A. 本人願意從西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月開始捐款，固定每月捐款新台幣\_\_\_\_\_元整，直到申請終止捐款即停止扣款。
  - B. 本人願意從西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月至西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，共\_\_\_\_\_次，固定每月捐款新台幣\_\_\_\_\_元整
- 捐款類別**
  - 擴建發展基金【醫療發展及建設等】      醫療設備基金【醫療儀器添備等】
  - 山地醫療【偏遠地區巡迴義診等】      醫療傳道
  - 社會服務【弱勢學童課輔／獨居老人照顧／老人送餐／老人日托站／新移民女性關懷】
  - 其他\_\_\_\_\_
- 恆基院訊**    請寄發    請勿寄發    請寄電子報    電子信箱：\_\_\_\_\_
- 收 據**    年度匯總寄發一次    按月寄發（若未勾選，將每月寄發收據）    免寄收據

## 銀行帳戶資料

◎本院信用卡扣款日為每月 25 日，如遇假日則順延：每月 10 日以後收件者，將於隔月處理

### 4. 授權：

立授權書人（即委繳戶）茲同意財團法人恆春基督教醫院透過台灣票據交換所媒體交換業務機制，依照表列資料，自本人存款帳戶劃付捐款費用，並遵守代繳銀行及台灣票據交換所有關規定。

### 5. 如因授權書內容填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因致無法辦理轉帳者，本授權書不生效力。

繳款資料	發動行	第一銀行恆春分行	發動者	財團法人恆春基督教醫院
	發動行代號	0077534	統一編號	20261946
	用戶號碼		交易代號	529

授權人請填寫往金融機構帳戶資料，並蓋妥上述存款帳戶印鑑

扣款帳戶資料： 金融機構代號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____銀行 _____分行 帳號：_____	授權人簽章：（簽章樣式須與授權扣款帳戶之簽章相符） 本人已詳閱並同意本授權書之各項約定事項。  （本授權書各聯皆請蓋章）				
<input type="checkbox"/> 存款印鑑不符 <input type="checkbox"/> 無此帳號 <input type="checkbox"/> 其他	授權人往來銀行簽章欄（授權人資料、印鑑相符） <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>主管</td> <td>經辦</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	主管	經辦		
主管	經辦				
	核對日期：_____年_____月_____日				

備註：1. 本授權書一式三聯：第一聯由扣繳金融機構留存，第二聯由發動行留存，第三聯由發動者留存

2. 請務必以郵寄方式將此授權書正本一式三聯寄回，以提供開戶銀行進行核印程序，經銀行審核原留印鑑無誤後，方可進行轉帳捐款。

感謝您對恆基的支持！為了使您捐款更為簡便，請於下列授權表格中填妥您的資料，並請務必郵寄至本院（946 屏東縣恆春鎮恆西路 21 號 企發室），我們將儘速為您辦妥捐款事宜。若有任何疑問，歡迎您隨時來電 08-8880064。  
電子信箱：hcch.617@gmail.com 網址：http://www.hcch.org.tw

## ACH 銀行轉帳捐款授權書（發動者留存）第三聯

- 首次填單 / 重新授權 首次捐款日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ◆捐款人編號：  
捐款人姓名：\_\_\_\_\_ 先生 女士 職業：\_\_\_\_\_ 未婚 已婚子女數【 \_\_\_\_ 】  
扣款人姓名：\_\_\_\_\_ 先生 女士 職業：\_\_\_\_\_ 未婚 已婚子女數【 \_\_\_\_ 】  
扣款人身份證字號：\_\_\_\_\_ 扣款人年齡：7~18 歲 19~30 歲 31~40 歲 41~50 歲 50 歲以上  
聯絡電話：（公）\_\_\_\_\_（私）\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_
- 收據抬頭（同捐款人姓名）：\_\_\_\_\_
- 收據地址： \_\_\_\_\_  
（若需分別開立收據，請詳列個別姓名及金額，傳真或郵寄本院）
- 捐款期間**（申請辦理定期定額扣款，每月捐款達 2000 元以上，我們將致贈精美書籤給您！【自 97 年 3 月起】）  
A. 本人願意從西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月開始捐款，固定每月捐款新台幣\_\_\_\_\_元整，直到申請終止捐款即停止扣款。  
B. 本人願意從西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月至西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，共\_\_\_\_\_次，固定每月捐款新台幣\_\_\_\_\_元整
- 捐款類別**  
擴建發展基金【醫療發展及建設等】 醫療設備基金【醫療儀器添備等】  
山地醫療【偏遠地區巡迴義診等】 醫療傳道  
社會服務【弱勢學童課輔／獨居老人照顧／老人送餐／老人日托站／新移民女性關懷】  
其他 \_\_\_\_\_
- 恆基院訊** 請寄發 請勿寄發 請寄電子報 電子信箱：\_\_\_\_\_
- 收 據** 年度匯總寄發一次 按月寄發（若未勾選，將每月寄發收據） 免寄收據

## 銀行帳戶資料

◎本院信用卡扣款日為每月 25 日，如遇假日則順延：每月 10 日以後收件者，將於隔月處理

### 6. 授權：

立授權書人（即委繳戶）茲同意財團法人恆春基督教醫院透過台灣票據交換所媒體交換業務機制，依照表列資料，自本人存款帳戶劃付捐款費用，並遵守代繳銀行及台灣票據交換所有關規定。

### 7. 如因授權書內容填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因致無法辦理轉帳者，本授權書不生效力。

繳款資料	發動行	第一銀行恆春分行	發動者	財團法人恆春基督教醫院
	發動行代號	0077534	統一編號	20261946
	用戶號碼		交易代號	529

授權人請填寫往金融機構帳戶資料，並蓋妥上述存款帳戶印鑑

扣款帳戶資料： 金融機構代號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____銀行 _____分行 帳號： _____	授權人簽章：（簽章樣式須與授權扣款帳戶之簽章相符） 本人已詳閱並同意本授權書之各項約定事項。  <p style="text-align: right;">（本授權書各聯皆請蓋章）</p>
<input type="checkbox"/> 存款印鑑不符 <input type="checkbox"/> 無此帳號 <input type="checkbox"/> 其他	授權人往來銀行簽章欄（授權人資料、印鑑相符）
	主管 _____ 經辦 _____
	核對日期： _____年 _____月 _____日

備註：1. 本授權書一式三聯：第一聯由扣繳金融機構留存，第二聯由發動行留存，第三聯由發動者留存

2. 請務必以郵寄方式將此授權書正本一式三聯寄回，以提供開戶銀行進行核印程序，經銀行審核原留印鑑無誤後，方可進行轉帳捐款。