

# 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	
身分證字號/統一編號★		聯絡電話/聯絡人★	
電子信箱★		傳真★	
通訊地址★	□□□□□□		
<input type="checkbox"/> 教職員工★	<input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 附設醫院 <input type="checkbox"/> 小港醫院 <input type="checkbox"/> 大同醫院 <input type="checkbox"/> 旗津醫院, <input type="checkbox"/> 教職員工 <input type="checkbox"/> 配偶		
<input type="checkbox"/> 校友★	民國____年____系所畢 <input type="checkbox"/> 校友眷屬 <input type="checkbox"/> 學生家長(學生姓名____就讀系所____)		
<input type="checkbox"/> 非校友★	<input type="checkbox"/> 社會人士 <input type="checkbox"/> 機關企業 <input type="checkbox"/> 法人團體 <input type="checkbox"/> 其他_____		

二、為響應環保，本校捐贈收據及感謝函以電子信箱寄送，若需紙本寄送請勾選，謝謝。

紙本單筆收據





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\_\_\_\_\_

※依勸募條例規定，本單位將提報收據抬頭者資料，供主管機關備查。

三、捐贈金額及用途★

一次捐款	<input type="checkbox"/> 新台幣 <input type="checkbox"/> 美金 <input type="checkbox"/> 日幣，金額_____元	
定期捐款	<input type="checkbox"/> 薪資扣款：每月捐款新台幣_____元，自_____年_____月起至_____年_____月止。	
	<input type="checkbox"/> 收據寄送方式： <input type="checkbox"/> 每次扣款成功後即刻寄送 <input type="checkbox"/> 每次扣款成功後，收據於當年底彙整後一次寄送	
不指定用途	<input type="checkbox"/> 高雄醫學大學校務發展基金	
指定用途 捐款 <sup>註</sup>	教學研究類：	<input type="checkbox"/> 高雄醫學大學 <input type="checkbox"/> 附設中和紀念醫院 <input type="checkbox"/> 高雄市長小港醫院 <input type="checkbox"/> 高雄市長大同醫院 <input type="checkbox"/> 高雄市長旗津醫院 <input type="checkbox"/> 附設高雄市長私立小港汕尾社區(日間照顧)長照機構 <input type="checkbox"/> 不指定教學研究用途 <input type="checkbox"/> 指定教學研究用途
	學術發展類：	<input type="checkbox"/> _____基金
	學生事務類：	<input type="checkbox"/> 獎助學金_____ <input type="checkbox"/> 學生自治團體暨社團_____
	其他：	<input checked="" type="checkbox"/> 與本校校務或創設目的相關(經本校確認)之指定用途 <b>指定脂質科學暨老化研究中心基金研究使用</b>
	<input type="checkbox"/> 同意本次捐款金額之 <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20%納入校務發展基金統籌運用	

四、捐贈方式★

<input type="checkbox"/> 現金	臨櫃繳款地點：高雄醫學大學總務處出納組		
<input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> 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、身分證字號或統一編號、捐款用途。		
<input type="checkbox"/> 信用卡 (手續費 2%)	<input type="checkbox"/> VISA  <input type="checkbox"/> MASTER  <input type="checkbox"/> 聯合信用卡  <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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處校友暨公共事務組，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 秘書處校友暨公共事務組 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，請洽本校秘書處。各項資料如未完整提供，將無法完成此次捐款。