



臺北醫學大學捐款單

(抵免臺灣稅款適用)

填表日期：____年____月____日

資料填妥後請傳真、E-mail 或郵寄至本校公共事務處

基本資料	姓名	身份證號	職稱	生日	年 月 日
	機構名稱 (服務單位)	統一編號	機構負責人 姓名與職稱		
	身分別	<input type="checkbox"/> 校友, 民國____年____系所畢業, 學號____屆別____ <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 學生家長 <input type="checkbox"/> 社會人士 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 機關(公益)團體 <input type="checkbox"/> 公/學/協會 <input type="checkbox"/> 其他____			
	聯絡方式	公司：	住家：	傳真：	手機：
	電子信箱				本校勸募者姓名
	通訊地址	縣市	鄉市鎮區	路街	段 巷 弄 號 樓之
	聯絡人/秘書	姓名：	電話：	E-Mail：	
	捐款徵信	是否同意將姓名、捐助金額、用途刊登於本校網站或刊物？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 匿名			
收據	<input type="checkbox"/> 同捐款人姓名、身分證字號 <input type="checkbox"/> 同機構名稱(服務單位)、統一編號 <input type="checkbox"/> 其它, 抬頭：____身分證/統一編號：____ 寄送地址： <input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 其他：____				
	捐款金額	<input type="checkbox"/> 一次捐款新台幣____元整。 <input type="checkbox"/> 定期捐款每 <input type="checkbox"/> 月/ <input type="checkbox"/> 年：新台幣____元整, 自民國____年____月起 至____年____月止, 共____個月/年, 合計新台幣____元整。			
指定用途	<input type="checkbox"/> 營養學院院務發展基金 <input type="checkbox"/> 營養學院獎助學金基金 <input type="checkbox"/> 營養學院產學合作發展基金 <input type="checkbox"/> 保健營養學系系務發展基金 <input type="checkbox"/> 社區營養研究基金 <input type="checkbox"/> 營養醫學研究基金 <input type="checkbox"/> 食品機能研究基金 <input type="checkbox"/> 高齡營養研究基金 <input checked="" type="checkbox"/> 食品安全發展基金 <input type="checkbox"/> 代謝與肥胖科學研究所務發展基金				
捐款方式	<input type="checkbox"/> 現金	請洽公共事務處(02)2736-1661#2650 蔡雪萍小姐			
	<input type="checkbox"/> 支票	【抬頭：財團法人臺北醫學大學】			
	<input type="checkbox"/> 薪資扣款	限本校專任教職員適用			
	<input type="checkbox"/> 郵政劃撥	【帳號：18415001, 戶名：財團法人臺北醫學大學】請於「通訊欄」加註：連絡電話、地址、收據抬頭、身分證字號或統一編號、捐款用途。			
	<input type="checkbox"/> 銀行匯款	【受款銀行：永豐銀行三興分行(銀行代碼 807), 戶名：財團法人臺北醫學大學, 帳號：147-004-0003639-6】			
	<input type="checkbox"/> ATM轉帳	銀行帳號同銀行匯款, ATM轉帳請填寫帳戶後五碼(必填) ____以利對帳			
	<input type="checkbox"/> 信用卡	發卡銀行：____卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> U CARD <input type="checkbox"/> AE 卡號：____—____—____—____共16碼) 有效期限：____月____年(西元), 持卡人簽名：____(須與信用卡簽名一致)			
	<input type="checkbox"/> 自行網路 信用卡捐款	公共事務處網站： https://pasys.tmu.edu.tw/allpay/			
<input type="checkbox"/> 私校興學	透過財團法人私立學校興學基金會指定捐贈臺北醫學大學(請洽公共事務處, 須另填表單) (適用當年度捐款總金額：個人綜合所得總額大於 20%, 公司營利事業所得總額大於 10%)				
<input checked="" type="checkbox"/> 聯絡人: 黃馨儀 cindyhsy@tmu.edu.tw 電話:(02)2736-1661#2753 專線電話:(02)2739-7285 傳真:(02)2739-6386 <input checked="" type="checkbox"/> 地址：11031 台北市信義區吳興街 250 號 (臺北醫學大學公共事務處)					

※我____(請簽名)同意附表「臺北醫學大學個人資料告知聲明」

臺北醫學大學個人資料告知聲明

為感謝您的熱心捐助，本校將蒐集您的個人資料建檔永久保存、維護更新與保管，統計累積捐贈金額，凡達本校「感謝捐助辦法」及「教育部捐資教育事業獎勵」標準者，將於校園留名及提供各項榮譽與優待，並向教育部申請獎勵，再次表達謝忱。

個人資料範圍：捐款人姓名、身份證字號(護照號碼)、出生年月日、電話、傳真、電子郵件信箱、地址、與配合您所指定信用卡捐款方式所提供之金融資料，以及本校校友畢業系所、年度、屆別、服務機構(C001、C002、C003、C011、C031、C038、C051)等資料。

個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

■期間：將永續保存您的個人資料，作為累計捐贈金額達規定標準時感恩致謝。

■地區：本校為募款業務所及地區。

■對象及方式：個人資料將被利用於開立捐贈收據，寄送捐贈收據、感謝函與紀念品，本校網頁(站)與刊物公開徵信。為感謝捐助統計分析留名紀念及提供各項榮譽與優待，並利用您所提供之聯絡電話、E-mail 通知您參與本校慶典活動邀約聯絡通知，若捐款人指定為信用卡捐款方式，則將透過金融機構作扣款處理事宜。

個人資料之權利：您可依個人資料保護法第3條規定，向本校公共事務處就您的個人資料行使請求查詢、閱覽、複製、補充、更正，及請求停止蒐集、處理、利用、刪除等權利。聯絡電話：(02)2736-1661 分機 2650，傳真號碼：免付費 0800-501-050 或(02)2739-6386，電子郵件信箱：Alumni@tmu.edu.tw，我們將竭誠為您服務。

於蒐集您的個人資料時，如有資料未完備，則可能對您的服務有所影響。若您「同意」提供您的個人資料，請於本告知聲明書上簽名後回傳。反之，若您「不同意」提供您的個人資料時，本校將遵守「個人資料保護法」之規定，無法對您表達致謝與服務。

本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容