

(二) 格式乙 (國內校友)



本人贊同「醫學人文博物館專戶」設立宗旨，擬提供下列捐助

姓名：	學系： <input type="checkbox"/> 醫 <input type="checkbox"/> 藥 <input type="checkbox"/> 護 <input type="checkbox"/> 其他：_____	畢業年度：	年
通訊地址：			
捐助方式： <input type="checkbox"/> 定期提供捐助 <input type="checkbox"/> 額外提供一般捐助			

捐款項目

捐款金額	新台幣_____元整
捐款用途	<input type="checkbox"/> 本捐款指定使用於協助臺大醫學人文博物館執行「醫學人文關懷計畫」相關事務 <input type="checkbox"/> 本捐款指定使用於臺大醫學人文博物館之營運及發展相關事務 (額外一般捐助)

捐款方式

<input type="checkbox"/> 支票	抬頭「財團法人臺大景福基金會」；請註明禁止背書轉讓。請以掛號郵寄至台北市中正區常德街1號臺大景福基金會 黃秀麗收。		
<input type="checkbox"/> 郵政劃撥	戶名「財團法人臺大景福基金會」；帳號「01410009」。		
<input type="checkbox"/> 銀行匯款或ATM轉帳	銀行「合作金庫台大分行」(代號：1346)；帳號「1346717028241」 戶名「財團法人臺大景福基金會」；。請將匯款收據或轉帳明細表傳真、郵寄或掃描後 email 至臺大景福基金會黃秀麗收。		
<input type="checkbox"/> 信用卡捐款	請填妥本單後，傳真、郵寄或掃描後 email 至臺大景福基金會黃秀麗。		
	持卡人姓名	授權碼	(由本會填寫)
	卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> JCB	
	卡號	- - - - -	
	發卡銀行	持卡人簽名 (需與信用卡簽名一致)	
	有效期限	西元 20 年 月	
	本人同意以本信用卡捐助臺大景福基金會「醫學人文博物館專戶」，方式如下： <input type="checkbox"/> 定期提供捐助，每月捐款自民國____年____月至民國____年____月止， 每月____日扣款 <input type="checkbox"/> 250 元整 <input type="checkbox"/> 500 元整 <input type="checkbox"/> 1000 元整 <input type="checkbox"/> 其他_____元整 <input type="checkbox"/> 額外提供一般捐助，本次捐助新台幣_____元整		

註：額外提供一般捐助新台幣十萬元(含)以上，本會將洽請母院於醫學人文博物館適當地點留名，以資感念。