

現金捐款者  
不須填寫此單  
請直接至 2 號櫃台

沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人  
聖保祿醫院新院區建設經費捐款同意書

衛生福利部勸募許可文號：衛部救字第 1091360054 號 (勸募許可期間：109.01.07－109.12.31)

捐款人姓名	收據抬頭 ( <input type="checkbox"/> 同捐款人姓名)	
稱謂	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 女士	<input type="checkbox"/> 於本捐款辦理公開徵信時，本人不願意公開全名。 (例如：捐款人李大明不願意公開全名，則公開徵信將顯示：李 O 明)
聯絡電話	市話	手機
通訊地址	□□□-□□	
捐款冠名 空間項目 (冠名空間 項目有數量 限制)	<input type="checkbox"/> 護理站討論室 (30 萬/間) _____ 間 <input type="checkbox"/> 成人加護病房 (50 萬/間) _____ 間 <input type="checkbox"/> 小兒加護病房 (50 萬/間) _____ 間 <input type="checkbox"/> 健保病房 (50 萬/間) _____ 間 <input type="checkbox"/> 自費差額病房 (100 萬/間) _____ 間 <input type="checkbox"/> 手術室 (200 萬/間) _____ 間	<input type="checkbox"/> 兒童休息室 (250 萬/間) <b>已認捐</b> <input type="checkbox"/> 親子教室 (250 萬/間) <b>已認捐</b> <input type="checkbox"/> 電梯 (300 萬/座) _____ 座 <input type="checkbox"/> 病房區護理站 (3000 萬/個) _____ 個 <input type="checkbox"/> 會議廳 (5000 萬/間)
	<b>冠名 名稱</b>	凡捐款單筆達 100 萬元者，本院將設紀念牌(限 100 字)以茲紀念，並主動與您接洽文字內容。
捐款金額	新台幣：	
捐款 方式	<input type="checkbox"/> 銀行匯款 (ATM 轉帳)	匯入「國泰世華銀行 桃園分行」 銀行代號：013 戶名：沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人 帳號：034-50-639969-8 * 至銀行匯款或 ATM 轉帳後，請務必來電或來信告知匯款資訊 *
	<input type="checkbox"/> 郵政劃撥	戶名：沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人 帳號：18966061
	<input type="checkbox"/> 支票捐款	抬頭：沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人 <b>請加註「禁止背書轉讓」</b> * 請填妥本單連同支票寄交「聖保祿醫院」財務部 *
	<input type="checkbox"/> 現金捐款	請洽「聖保祿醫院」院牧部或親至醫院 1 樓大廳 2 號櫃檯。
	<input type="checkbox"/> 信用卡 捐款	信用卡號：_____ — _____ — _____ — _____ 有效期限：_____ 年 _____ 月 捐款期間：_____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月，共 _____ 次 持卡人簽名：_____

歡迎掃描 QR Code  
查詢瞭解本勸募活動相關訊息



沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院  
地址：33069 桃園市桃園區建新街 123 號  
電話：(03)361-3141 分機 6789、3396 院牧部