

臺大醫學院捐款同意書

填表日期： 年 月 日

*為必填項目，填妥後請傳真或寄至本院

基本資料

姓名* / 機構名稱*	
身分證字號/ 統一編號	民國 101 年度起填寫可簡化捐贈者綜合所得稅申報作業
聯絡方式*	電話：() 傳真：() 行動電話： -
通訊地址*	□□□□□□
收據資料*	抬頭名稱： <input type="checkbox"/> 同姓名 <input type="checkbox"/> 同機構名稱 <input type="checkbox"/> 其他抬頭名稱 _____ 寄送地址： <input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 其他寄送地址 _____

※捐款依法可自個人當年度綜合所得/企業營利所得總額中扣除。

捐款項目

捐款用途*	<input checked="" type="checkbox"/> 捐助「 <u>藥理學</u> 系科所中心教學研究發展專款」 <input type="checkbox"/> 其他指定用途 _____ <input type="checkbox"/> 不指定（由臺大醫學院統籌規劃）
-------	--

捐款方式

<input type="checkbox"/> 銀行匯款或 ATM 轉帳	新臺幣_____元整； 戶名：「國立臺灣大學醫學院 408 專戶」 銀行：合作金庫銀行台大分行 帳號「1346713100070」。 請填妥本單後，連同匯款收據或轉帳明細表傳真、郵寄或掃描後 email 至本院受捐贈之系科所中心或指定用途之單位。
<input type="checkbox"/> 現金或支票	新臺幣_____元整； 抬頭「國立臺灣大學醫學院」；支票請註明禁止背書轉讓。 請填妥本單後，連同現金或支票以掛號郵寄至 10051 台北市仁愛路一段一號(臺大醫學院總務分處出納股)收。

公開徵信

公開徵信*	是否同意將姓名、身分、捐助金額及項目刊登於本院相關網站？ <input type="checkbox"/> 可公開 <input type="checkbox"/> 網站上匿名，但可讓受贈單位知悉 <input type="checkbox"/> 完全匿名 ※如未勾選則視為可公開。
-------	---

連絡方式：臺大醫學院 藥理學科 張雅玲小姐（電話：02-23123456 轉 88462；傳真：02-23915297）

地址：10051 台北市仁愛路一段一號