|  |  |
| --- | --- |
|  | 財團法人臺中市私立惠康社會福利基金會臺中榮總員工薪資捐款代扣授權書 |
| **（粗框內請申請人詳填，並詳閱粗框下方注意事項）**  |  □新增 □變更 □終止 |
| 申請人資料欄 | 姓名 |  | 身分證字號 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 聯絡地址 | □□□□□□(郵遞區號)　　　　 因院內人員異動/離職/退休，本會無法即時知悉，故請填寫**可收到收據之地址**。 |
| 單位 |  | 電話 | 分機：行動電話： |
| 卡號 |  |
| 捐款資料 | 扣款日期 | 自　　　年　　　月起每月自薪資扣款□ 持續扣款 | 金額(大寫) | 每月計扣新台幣　 萬　 仟　 佰　 拾　 元整 |
| 終止日期 | 自　　　年　　　月終止**(本欄為工作人員辦理停扣時用，請勿填寫)** |
| 填表日期 | 年 月 日 |
| 收據開立明細（含共同捐款人） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 捐款金額 | 關係 | 註記 | 姓名 | 捐款金額 | 關係 | 註記 |
| □申請人 |  | 本人 | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |  |  |  | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |
|  |  |  | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |  |  |  | * 中榮醫訊芳名錄登名
* 登錄國稅局列舉

身份證字號：  |

 |

|  |
| --- |
| * 請以工整字體書寫，並確認申請資料填寫完整，以利寄送捐款收據與提供更完善服務。
* **本會將提供您的年度捐款資料給國稅局，俾利您於年度報稅時採自然人憑證報稅或查詢捐款扣除額資料，歡迎您提供身份證字號，以利本會將您納入扣除單據電子化服務。**
* 以上捐款人姓名、卡號、每月扣款金額將轉請出納組代辦。
* 若您工作異動或欲停止扣款，請務必來電通知。

◎ 同仁每月定期扣款之收據，將於年底彙整後，隔年一月送至各單位。洽詢電話：**（04）2359-2525分機2950~2952或（04）2358-1213** 傳真電話：**（04）2358-1213**。 會址：407219臺中市西屯區臺灣大道四段1650號(基金會聯合辦公室-惠康基金會)**您的個人資料本會將妥善保存並絕對保密，僅供本會使用，謝謝您。** |