|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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。** |