馬偕學校財團法人馬偕醫學大學捐款意願書

20251224 版

一、本人願意贊助馬偕醫學大學(此項僅可勾選，請勿自行增刪項目)

☐A 校務發展統籌優先辦理項目
☐B 校舍空間建置
☐C 偏鄉扶助及社區服務
☐D 學生獎助金專款
☐E 經募款推動委員會確認之指定用途：

☐ E1 醫學系醫學教育發展基金　☐ E6 生物醫學研究所學術研究發展基金　☐ E10 國際健康與文化交流中心
☐ E2 護理學系護理教育基金　☐ E7 長期照護研究所所務發展基金　☐ E11 學生交通安全相關項目
☐ E3 聽語學系系務發展基金　☐ E8 高齡福祉科技研究所所務發展基金　☐ E12 提供高教深耕就學協助機制
☐ E4 視光學系系務發展基金　☐ E9 校牧室校園福音相關事工基金　☐ E13 李居仁教授勵學獎學金
☐ E5 醫學檢驗暨再生醫學學系系務發展基金　☐ E14 醫學院院務發展基金

您的每筆捐款都是馬偕醫學大學往前邁進的重要動力！

二、捐款金額與時限(單位：新台幣)

☐本次捐款金額○一千元○三千元○五千元○一萬元○其他金額_____元。
☐**每月**固定捐款○五百元○一千元○二千元○三千元○其他金額_____元。
自民國_____年_____月至_____年_____月 ☐至本人通知暫停為止
☐**每年**固定捐款○五千元○一萬元○三萬元○五萬元○其他金額 _____元。
自民國_____年至_____年 ☐至本人通知暫停為止。

三、基本資料 *為必填欄位

*捐款人芳名/機構名稱：_____校友畢業系級：_____系___級（校友請填）
身份證字號/統一編號：_____（填寫身份證字號者，將協助上傳捐款資料至國稅局）
服務單位：_____職稱：_____電子信箱：_____
*電話：(公)(　)_____(宅)(　)_____行動電話：_____
*收據寄發地址：_____
*收據抬頭：_____ ；☐同捐款人
*徵信：以_____之名稱呈現；☐不願公開
※☐本人同意以上資訊作為馬偕醫學大學依相關法規提供資訊及聯繫交誼之用。

四、捐款方式

☐現金：請交付至第一教研大樓六樓秘書室承辦人員。
☐支票：抬頭請寫明「**馬偕學校財團法人馬偕醫學大學**」，並加註「禁止背書轉讓」字樣，填妥本單後，請連同支票以掛號郵寄至本校秘書室。
☐銀行電匯/ ATM 轉帳：台灣土地銀行淡水分行(銀行代號：005/分行代碼：0810)
戶名「馬偕學校財團法人馬偕醫學大學」，帳號 0810-0528-8568
請提供轉帳帳號末五碼_____以利核對。
☐薪資扣款：歡迎馬偕醫學大學專任教職員使用此方式，職工代號：_____。
☐郵政劃撥：填寫郵政劃撥單，戶名「馬偕學校財團法人馬偕醫學大學」，帳號：50036202
☐信用卡刷卡：請完整填寫下方表格。

持卡人姓名		授權碼	(由本校填寫)
卡　號	□□□□-□□□□-□□□□-□□□□		
有效期限	西元 20　　年　　月	發卡銀行	
信用卡種類	☐ VISA　☐ MASTER ☐ JCB　☐ 聯合卡	持卡人簽名 (需與信用卡相同)	

※捐款意願書填妥後請 E-mail 至 liwei3761@mmu.edu.tw；或傳真至(02)2636-1134
並請來電聯繫確認：電話(02)2636-0303 分機 1116