

捐款表格

请将填妥后的表格邮寄到 HCA Hospice Care, 12 Jalan Tan Tock Seng, S308437.

或者传真至 6352 2030. (E) finance@hcahospicecare.org.sg | (T) 6251 2561



我希望捐款 \$2500 \$1000 \$500 \$100
 其他款额(请注明) S\$ _____

频次: 一次性捐助 每月以信用卡捐助 (直至另行通知为止)

以上的捐款将享有 2.5 倍的税额扣减, 捐款者必须提供税务编号方可享有税额扣减

若您不需要税额扣减, 请在此处打勾。

请填写相关部分。您的个人资料将获得保密。

A) 个人捐款者

我想保持匿名

谢绝日后联系

姓名 _____ (先生 / 女士 / 医生 / 博士*)

请在您的姓氏下面画线

身份证号码 (IC/FIN) _____ 电邮 _____

捐款者必须提供税务编号方可享有税额扣减。

地址 _____ S _____

电话号码 (手机) _____ (住家) _____ (办公室) _____

病患姓名 _____ (若捐款者有亲人正在接受 HCA Hospice Care 的护理)

B) 公司捐款者

公司名称 _____ UEN _____

捐款者必须提供税务编号方可享有税额扣减。

地址 _____ S _____

公司捐款联络人 _____ 电邮 _____

电话号码 (手机) _____ (DID) _____ (办公室) _____

捐款方式

支票 (请在划线支票上注明支付 HCA Hospice Care) 支票号码 _____ 银行 _____

信用卡号码 Visa Mastercard

号码

有效期至 /
月 月 年 年 年 年

现金 (请到本中心地面层柜台捐款)

捐款者签名 / 日期

签署表格即代表我同意 HCA 为了对我进行相关的医疗护理, 依据 HCA 的资料保护政策, 个人资料保护法令 2012 (包括 HCA 的个人资料保护令通知), 和任何其他有关的法律或法规要求, 在内部或任何必要的政府机关或医疗机构之间, 搜集, 使用, 公开和/或处理我的个人资料。一旦捐款处理好, 将会发出收据。

备注:

REV 1_V20171208

供内部使用

RECEIPT NO. _____
 BE DC CT HG
 JU PPC WL HQ