

捐款表格

请将填妥后的表格邮寄到 HCA Hospice Limited, 705 Serangoon Road, Block A #03-01 @Kwong Wai
Shiu Hospital S328127 或者传真至 6291 1076. (E) finance@hcahospicecare.org.sg | (T) 6251 2561



我希望捐款 \$3000 \$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)

您的捐款将享有 2.5 倍的所得税回扣, 捐款者必须提供身份证号码或公司注册号方可扣税。

若您不需要扣税, 请在此处打勾。

请填写相关部分。您的个人资料将被保密。

A) 个人捐款

我想匿名捐款

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 _____ 电邮 _____

请务必填写, 方能扣税

地址 _____ S _____

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

病患姓名 _____ (若您有亲人正在接受 HCA 的护理)

B) 公司捐款

公司名称 _____ UEN _____

请务必填写, 方能扣税

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收款人为 HCA Hospice Limited) 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 (请到本中心三楼柜台捐款)

捐款者签名 / 日期

签署此表格即代表我同意 HCA 为了处理捐款事宜, 依据 HCA 的《资料保护政策》(<https://www.hca.org.sg/Privacy-Policy>) 以及《个人资料保护法 2012》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。捐款一旦通过, 将会发出收据。

备注:

供内部使用

RECEIPT NO. _____

BE DC CT HG
 JU PPC WL HQ