

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 \$3,000 \$1,000 \$500 \$100

其他款额 (请注明) S\$ _____

频次: 一次性捐款 每月以信用卡捐款 (直至另行通知为止)

请填写相关部分。您的个人资料将获得保密。

A) 个人捐款

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 _____ 电邮 _____

请务必填写, 方能扣税

地址 _____ S _____

电话号码 (手机) _____ (专线) _____ (主机) _____

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) _____ (专线) _____ (主机) _____

您的捐款将享有 250% 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。符合条件的捐款必须在每年的 12 月 31 日之前进账, 才能计入下一年的税收评估。

捐款方式

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

转账卡 / 信用卡 Visa Mastercard

号码 有效期至 /

现金 (请到本中心三楼柜台捐款) 月 月 年 年 年 年

捐款者签名 / 日期

通过提交此表格, 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/wp-content/uploads/2025/11/HCA-PDPA-Notice-For-Donors-and-Volunteers.pdf>) 以及《个人资料保护法令 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。

备注:

供内部使用

RECEIPT NO _____

BE CT JU HG

WL HQ PPC

DC-KL DC-OCH