|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TMU-LOGO­ Taipei Medical University Donation Form  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Date:　　/　　/　　/ | | | | | | | | | | |
| **Donor data** | (choose one) | Person | Chinese name： | | Service unit |  | | Occupation | | |
| English name： | |  | | |
| E-mail： | | I.D. number |  | | Date of birth  (m/d/yr) | | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Organi-zation | Chinese name： | | Person in charge |  | | Occupation | |  |
| English name： | |
| E-mail： | | Company tax I.D. |  | | Date of birth  (m/d/yr) | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_ |
| **Public acknowledgement of gift：🞎 yes 🞎 no** | | | | | | | | |
| Alumni: Graduation year:　　　　　　 Major/department: | | | | | | | | | | |
| Telephone: Workplace: 　 Home:　　　　　　　Fax：　　　　　　　Mobile： | | | | | | | | | | |
| Contact name：　　　　 Telephone：　 　　E-mail： | | | | | | | | | | |
| Fund-raising affiliate name：　　　　 Telephone：　 　　E-Mail： | | | | | | | | | | |
| Name on tax receipt  (personal / organization) | | | | □ Same as the donor’s name, or: | | | I.D. number or company tax I.D. | |  | |
| Mailing address: | | | | | | | | | | |
| Amount donated  □ Donating regularly from \_\_\_\_\_\_\_\_ (m) \_\_\_\_ (yr.) to \_\_\_\_\_\_\_\_ (m) \_\_\_\_ (yr.) for a total of \_\_\_\_months.  Monthly: □ 500NT □ 1000NT □ 2000NT  □ Other: NT monthly, total of \_\_\_\_NT  　＊Receipts will be mailed at the end of each year for regular monthly donors.  □ Donating once: donating 　　 　　　　　NT dollars. | | | | | | | | | | |
| **Specified use:**  **🗹** The Ph.D. Program for Translational Medicine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doctor’s Lab | | | | | | | | | | |
| Payment method:  **□ Credit card:**  🞎 VISA 🞎 MasterCard 🞎 JCB 🞎 U CARD Bank：  CVV number (3-4) Card number： - - - (16 digits)  Exp. date： / (m/yr.) Signature： 　 **(must match signature on credit card)**  **□** **Bank transfer:**  Name of Bank：Bank SinoPac  　Branch：SAN HSING BRANCH  Address of Bank：4F, No.17, Po Ai Rd., 10044 Taipei, Taiwan, R.O.C.  Swift Code：SINOTWTP  Account Number：014-008-00384878  Beneficiary：Taipei Medical University  Remark：  **□** **Check**: Please make out to: Taipei Medical University | | | | | | | | | | |
| * Contact：May-Hwa Chang: [mayhwa@tmu.edu.tw](mailto:mayhwa@tmu.edu.tw) * Phone：+886-2-2736-1661, #2650; hotline:+886-2-2739-7285; Fax：+886-2-2739-6386 * Address: 1F, No. 2, Ln. 284, Wuxing St., Xinyi District, Taipei, 110 Taiwan (Public Affairs Office) | | | | | | | | | | |

TMU Personal Information Disclaimer

　　Thank you for your donation. As a way of showing our appreciation, TMU shall collect, maintain, update and file your personal information. Once your donation amounts accumulate over a certain number and reach the standards for further acknowledgement or the Minister of Education Award, TMU will pursue these to honor your gifts with various means such as a plaque with your name, or will request an award from the Minister of Education as a way to express our deepest gratitude.

* Scope of personal information：Name of donor, personal I.D. number (or passport number), date of birth, telephone, fax, e-mail, address, payment method (credit card number, etc.), alumni department, graduating year and service unit (C001、C002、C003、C011、C031、C038、C051).
* Use of personal information:

◼ Time period：Forever. To be used as a point system. Various honors will be given when donation amount accumulates over a standard amount.

◼ Place：TMU only.

◼ Method：Shall be used to write and mail receipts, thank you letters and souvenirs, and to display public gratitude via TMU’s websites and magazines. The contact telephone number and e-mail address will be used to send invitations to TMU’s celebration events. If payment method is through credit card, TMU will deduct credits from financial institutions.

* Right to personal information：According to the 3rd personal information protection law, you are allowed to contact TMU’s Public Affairs Office to examine, copy, change, and request the deletion or termination of our collection and processing of personal information. To do this, call: (02) 2736-1661, ext. 2650; Fax： 0800-501-050 (toll free) or (02) 2739-6386; or e-mail：[Alumni@tmu.edu.tw](mailto:Alumni@tmu.edu.tw).

Regarding your personal information: if this is incomplete, it may affect our ability to provide these services to you. Please sign and return this form when you agree to provide your personal information. If not, TMU shall follow the regulations of the personal information protection laws and will be unable to provide our appreciation and acknowledgement services to you.

I have read and agree with the terms above.

Signature：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TMU-LOGO 臺北醫學大學捐款單 填表日期： 年 月　日 | | | | | | | | | | |
| 捐款人  資料 | （請擇一填寫） | 個  人 | 中文： | | 服務  單位 |  | | | 職稱 |  |
| 英文： | |
| E-Mail： | | 身份證 |  | | | 生日 | 年　月 日 |
| 機  構 | 中文： | | 負責人  姓名 |  | | | 職稱 |  |
| 英文： | |
| E-Mail： | | 統編 |  | | | 生日 | 年　月 日 |
| **公開徵信：□願意 □不願意** | | | | | | | | |
| 校友：畢業於　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　系／所 第　　　屆 | | | | | | | | | | |
| 電話(公)： 　 (宅)：　　　　　　　傳真：　　　　　　　　手機： | | | | | | | | | | |
| 聯絡人姓名：　　　　 電話：　 　　E-Mail： | | | | | | | | | | |
| 勸募者姓名：　　　　 電話：　 　　E-Mail： | | | | | | | | | | |
| **＊**收據抬頭  　(個人/機構) | | | | □同捐款人請打勾 | | | 身分證字號  或統一編號 |  | | |
| 通訊地址□□□ | | | | | | | | | | |
| 捐款金額  □我願自民國＿ ＿年＿ ＿月起至＿ ＿年＿ ＿月止共 個月。  　□每月500元 □每月1000元 □每月2000元 □其他金額，每月 元，合計 元  　＊定期定額收據統一年底寄送，以便保存與報稅。  □我願一次捐獻，本次捐款金額共計新台幣　　 　　　　　元整。 | | | | | | | | | | |
| 指定用途  🗹**兒童腫瘤研究中心發展基金** | | | | | | | | | | |
| 捐款方式  □**信用卡捐款**  信用卡卡別：🞎 VISA 🞎 Mastercard 🞎 JCB 🞎 U CARD 發卡銀行：  信用卡背面末3碼 信用卡卡號： - - - 共16碼）  有效期限： 月/西元 年 請簽名： 　　 **(須與信用卡背面簽名相同)**  □**薪資扣款**  □**銀行匯款**【受款銀行：永豐銀行三興分行，戶名：財團法人臺北醫學大學，帳號：147-004-0003639-6】  □**郵政劃撥**【帳號：18415001，戶名：財團法人臺北醫學大學】請於「通訊欄」註明：連絡電話、  地址、收據抬頭、身份證字號或統一編號及捐款標的。  □**ATM轉帳匯款**【受款銀行：807永豐銀行三興分行，戶名：財團法人臺北醫學大學，  帳號：147-004-0003639-6】，完成ATM轉帳程序後，傳真ATM收執單及匯款帳號後五碼，以利開立收據。  □**支票**【抬頭：財團法人臺北醫學大學】  □**現金** □**財團法人私立學校興學基金會** | | | | | | | | | | |
| * 聯絡人：張美華[mayhwa@tmu.edu.tw](mailto:mayhwa@tmu.edu.tw)電話：(02)2736-1661#2650專線(02)2739-7285傳真：(02)2739-6386 * 地址:11043台北市信義區吳興街284巷2號1樓(公共事務處) | | | | | | | | | | |

※我 　　　 (請簽名)同意附表「臺北醫學大學個人資料告知聲明」

**臺北醫學大學個人資料告知聲明**

　　為感謝您的熱心捐助，本校將蒐集您的個人資料建檔、維護更新與保管，統計累積捐贈金額，凡達本校「感謝捐助辦法」及「教育部捐資教育事業獎勵」標準者，將於校園留名及提供各項榮譽與優待，並向教育部申請獎勵，再次表達謝忱。

　　個人資料範圍：捐款人姓名、身份證字號(護照號碼)、出生年月日、電話、傳真、電子郵件信箱、地址、與配合您所指定信用卡捐款方式所提供之金融資料，以及本校校友畢業系所、年度、屆別、服務機構(C001、C002、C003、C011、C031、C038、C051)等資料。

個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

◼期間：將永續保存您的個人資料，作為累計捐贈金額達規定標準時感恩致謝。

◼地區：本校為募款業務所及地區。

◼對象及方式：個人資料將被利用於開立捐贈收據，寄送捐贈收據、感謝函與紀念品，本校網頁(站)與刊物公開徵信。為感謝捐助統計分析留名紀念及提供各項榮譽與優待，並利用您所提供之聯絡電話、E-mail通知您參與本校慶典活動邀約聯絡通知，若捐款人指定為信用卡捐款方式，則將透過金融機構作扣款處理事宜。

個人資料之權利：您可依個人資料保護法第3條規定，向本校公共事務處就您的個人資料行使請求查詢、閱覽、複製、補充、更正，及請求停止蒐集、處理、利用、刪除等權利。聯絡電話：(02)2736-1661分機2650，傳真號碼：免付費0800-501-050或(02)2739-6386，電子郵件信箱：Alumni@tmu.edu.tw，我們將竭誠為您服務。

於蒐集您的個人資料時，如有資料未完備，則可能對您的服務有所影響。若您「同意」提供您的個人資料，請於本告知聲明書上簽名後回傳。反之，

若您「不同意」提供您的個人資料時，本校將遵守「個人資料保護法」之規定，無法對您表達致謝與服務。

本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容

立同意書人：　　　　　　　　　　　　（簽名）