



醫院管理局
港島東聯網
捐贈表格

Donation Form I

Ref no. _____

致： 醫院行政總監

律敦治及鄧肇堅醫院
香港灣仔皇后大道東二六六號

(請在適當位置加上“√”號)

1.1. 請接受本人/機構捐贈給予:

醫院 部門 (部門名稱 _____)

1.2. 捐款到醫院的指定用途:

醫療器材 醫療用品
 員工培訓 改善服務
 其他 (病人支援及福利 / 醫療藥物 / 其他 _____)

2. 捐款額: _____ 現金 支票號碼: _____ (_____ 銀行)
 捐贈物品(請註明) _____ 約值港幣 \$ _____

捐款人資料:

以個人名義捐款 以機構名義捐款
善長芳名或機構名稱: _____ 聯絡電話: _____
郵寄地址: _____

捐款港幣一百元或以上捐款收據可作扣稅用途。除特別註明外，捐款收據將按上述善長芳名或機構名稱發出。

本院或會於網站/其他途徑列出善長芳名或機構名稱，以作鳴謝。如不同意，請於以下註明。

我不同意貴院鳴謝本人的捐款。

個人資料收集聲明

本表格所收集閣下的個人資料將嚴格保密處理，並只會向本院及醫院管理局(醫管局)提供，以用作與籌募相關事宜及發出收據的目的。

根據《個人資料(私隱)條例》，由於本院及醫管局擬使用閣下的個人資料(即你的姓名和聯絡資料)進行慈善募捐，我們需先取得閣下的同意，但本院及醫管局在未得到閣下的同意之前不會如此使用閣下的個人資料。

使用個人資料作籌募推廣

如閣下願意繼續支持本院及醫管局的慈善工作，並同意我們使用閣下的個人資料為本院及醫管局進行慈善募捐，請於下方空格簽署。如閣下不同意，則無需簽署。

閣下有權隨時查閱和改正本院及醫管局持有關於閣下的個人資料。如要行使上述權利或不欲再收到本院及醫管局有關慈善募捐的推廣資訊，請致電 2291-1456 或電郵至 rtskh_donation@ha.org.hk 與本院財務部經理聯絡。

捐款人簽名: _____ 日期: _____

- * 如採用支票捐款，請將支票劃線並抬頭寫“醫院管理局-律敦治醫院”或“醫院管理局-鄧肇堅醫院”。
- * 若捐贈物品不被接納，本院會通知捐贈者取回；若該物品於兩星期內未被領回，本院有權自行處理。
- * 請勿郵寄現金。

請貼郵票

律敦治醫院
香港灣仔皇后大道東 266 號
行政樓 4 樓
財務部

多謝您的慷慨捐贈

請勿郵寄現金