社團法人澎湖縣身心障礙者服務協會

ATM轉帳捐款單

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **捐款人資料** | | | | | | | |
| 捐款人姓名 |  | | 身份證字號 | | |  | |
| 性別 |  | | 生日 | 民國 年 月 日 | | | |
| 聯絡電話 |  | | 行動電話 | | |  | |
| 電子郵件 |  | | | | | | |
| 聯絡住址 |  | | | | | | |
| **捐款資料** | | | | | | | |
| 捐款收據抬頭 | |  | | | | | |
| 捐款收據寄發地址 | |  | | | | | |
| 捐款金額（元） | |  | | | | | |
| 捐款帳戶 | | 銀行 | | | 帳號末五碼 | |  |
| 轉帳日期 | | 年 月 日 | | | | | |
| 捐款備註 | |  | | | | | |
| 填妥表格後，請傳真（06）9261136或郵寄會址[或電子信箱](mailto:或電子信箱A40840769@gmail.com),以便本會開立收據。  **捐款帳戶：**  **銀行名：玉山銀行-澎湖分行（銀行代號808）**  **帳號：1034-940-139307**  **戶名：社團法人澎湖縣身心障礙者服務協會徐晏文** | | | | | | | |