

您好，

感謝您長期以來對於口腔醫學部的貢獻，我們也希望透過您的支持以供部門在教學與研究方面有更長久的發展，如有意捐款者，請洽口腔醫學部辦公室(06)2353535#5370、6626。

「指定用途」捐助聲明

一、捐助金額：新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整

二、指定用途：牙醫部

三、同意由 貴會依指定用途使用

此 致

財團法人成杏醫學文教基金會

捐助 人：

地 址：

電 話：

本會為配合財政部實施「綜所稅捐贈扣除額單據電子化作業」之服務，敬請 貴捐助
人簽立同意書，授權本會將捐款資料提供給國稅局辦理捐贈歸戶作業，日後當 貴捐
助人依據所查詢、下載之金額，申報減除捐贈扣除額時，可免檢具紙本捐款收據。

同 意 書

捐助 人_____ 身份證字號：_____

法定代理人：_____ 同意 終止 授權 貴會將本人之捐款資料，提供給
國稅局作為年度綜合所得稅捐贈資料之歸戶作業用。

是否 同意 不同意 貴會公開本人之捐贈資訊（如未勾選，則視為同意）。

中 華 民 國 年 月 日