Adventist 港 Health 安

Hong Kong Adventist Hospital • Tsuen Wan

香港港安醫院•荃灣

Hong Kong Adventist Hospital - Tsuen Wan **Donation Form**

港安醫院荃灣 - 捐款表格

Hospital Donation 醫院捐款				
☐ Community Outreach Care Program 社區關愛計劃	☐ HK\$5,000	☐ HK\$8,000	☐ HK\$10,000	□ HK\$
☐ Medical Service 醫療服務	☐ HK\$5,000	☐ HK\$8,000	☐ HK\$10,000	☐ HK\$
願意捐助的服務 (如: 結腸內視釒	意) Service Name (e.g. Co	olonoscopy)	次數 (如: 每月兩	i次) Quantity (e.g. 2 cases per month
Disaster Relief 救援捐款	☐ HK\$			
Donor information 善長資料				
Donor Name 善長芳名				
Contact person 聯絡人			(Mr./Miss/Ms.	/ Organization 先生/小姐/女士/團體)
Tel. no. 聯絡電話	E-mail 電郵			
Address 地址				
Donation Receipt 捐款收據 Name on receipt 收據芳名(If di				Required 請提供收據
			(Mr./Miss/Ms./ O	rganization 先生/小姐/女士/團體)
Donation method 捐款方法 Cheque 支票 Please make the cheque payable to			lip. 請提供捐款表格及入數以 Wan" and post with th	
請將抬頭「香港港安醫院 - 荃灣」的畫			•	• ***
☑ Credit Card 信用卡 Please send the completed form to us. 青將信用卡捐款表格發回本院。		☐ Ca	☐ Cash 現金	
□ VISA □ Mastercan			older's Name	
Card No.			持卡人的姓名: 	
Expiry Date/_ 有效日期: MM 月 / YY 年		Signatu 簽名: ···································	Signature 簽名:	
Signature 簽署:	Date 日	Date 日期:		
Receipts will be issued for all donations. Donati	ons over \$100 are tax-deductible	a. 所有捐款均獲發收據,捐款	港幣\$100或以上獲發之收據可用]作扣稅之用。

供各項基金使用,或用於其他改變生命/拯救生命之醫療服務。

• Please indicate the particular purpose (e.g. Community Outreach Care Program/ Medical Service) at the back of the cheque, otherwise the donations will be applied on a 'most-needed' basis or used for other life-changing/life-saving medical treatments. 請在支票背面列明指定受惠對象或捐助目的[如外展小區護理計劃/醫療服務],否則捐款將以「最迫切需要」為原則