

致：蘇婉嫻秘書長

只供本會填寫
(4071_web/17DMC)

我願意支持香港紅十字會的社區關懷服務以提供支援予住院院友，提升長者的健康安全意識，以及更多的人道服務。現成為香港紅十字會每月定期捐款者，每月捐出：

收件日期：

港幣 200 元 港幣 300 元 港幣 500 元

編號：

其他金額：港幣 _____ 元（請註明）

我暫時未能回應這次呼籲

捐款方法

信用卡 VISA MasterCard American Express（以信用卡捐款者可郵寄或傳真此表格至 2802 0017。）

持卡人姓名 _____

持卡人簽署

信用卡號碼 _____

有效日期至 _____ 月 _____ 年

銀行自動轉賬（請把捐款表格之正本郵寄回本會以設立銀行自動轉賬服務。）

| | | | |
|--|-----------------------------|---------------------|---|
| 收款人之一方 (受益人) 香港紅十字會 Hong Kong Red Cross | 銀行號碼 0 0 4 | 分行號碼 5 0 0 | 賬戶號碼 3 3 4 1 4 9 0 0 9 |
| 本人/吾等之銀行及分行名稱 | 銀行號碼 | 分行號碼 | 本人/吾等之賬戶號碼 |
| 本人/吾等在結單/存摺上所紀錄之名稱 | | | |
| 本人/吾等在結單/存摺上所紀錄之地址 | | | |
| 每月捐款之限額 *如「每次捐款之限額」一欄未有填上，債務銀行會將轉賬限額設定為「不設上限」 HK\$ | 本人/吾等之簽名 *必須與銀行賬戶所簽者完全相同 | | 日期 |
| 此欄由本會職員填寫 | | | |
| 香港紅十字會債務人(捐款人)參考 | | 銀行專用 | 簽名式樣 |
| <small>1) 本人(等)現授權本人(等)的上述銀行，(根據收款人或其往來銀行及/或代理行不時給予本人(等)銀行的指示)自本人(等)的戶口內轉賬予上述收款人。惟每次轉賬金額不得超過以上指定的限額。 2) 本人(等)同意本人(等)的銀行毋須證實該等轉賬通知或沖銷通知是否已交予本人(等)。3) 如因該等轉賬而令本人(等)的戶口出現透支(或令現時的透支增加)，本人(等)願共同及個別承擔全部責任。4) 本人(等)明白本人(等)須在指定的轉賬日期(即根據本人(等)的銀行從收款人或其往來銀行及/或代理行不時收到的指示)前一個營業日(分行辦公時間內)，在戶口內備有足夠款項以便支付該等授權轉賬。本人(等)並同意如本人(等)的戶口並無足夠款項支付該等授權轉賬，本人(等)的銀行有絕對酌情權不予轉賬，且本人(等)的銀行可收取慣常的收費，並可隨時取消該等授權轉賬且毋須通知本人(等)。為避免疑問，本人(等)的銀行可隨時自行決定取消該等授權轉賬且毋須通知本人(等)。5) 本直接付款授權書將繼續生效直至另行通知為止或直至上列到期日為止(以兩者中最早的日期為準)。本人(等)同意如本人(等)已設立的直接付款授權的戶口連續三十個月內未有根據本授權而作出過賬的紀錄，本人(等)的銀行保留權利取消本直接付款安排而毋須另行通知本人(等)，即使本授權書並未到期或未有註明授權到期日。6) 本人(等)同意，本人(等)取消或更改本授權書的任何通知，須於取消/更改生效日最少兩個工作天之前交予本人(等)的銀行。</small> | | | |

捐款者資料

| | | |
|--|------------------|--|
| 姓名 (先生 / 女士) (Mr / Ms) | (中文) (Eng) | 捐款者號碼 (如適用) |
| 地址 | 聯絡電話 傳真 電郵 | |
| 如收據抬頭與上述姓名不同，請註明： _____ | | |
| 請選擇通訊語言 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> English | | |
| 個人資料收集聲明 | | |
| <small>香港紅十字會盡力遵守《個人資料(私隱)條例》(條例)中所列載的規定，確保儲存的個人資料準確無誤，及有妥善的儲存方法，為保障資料當事人的利益，本會只收集當事人提供的個人資料作有關捐款事宜、發收據及活動報名用途，並只依照上述所說明的用途以及為推廣(見下文)使用該等資料。 香港紅十字會可能運用你的個人資料(包括你的姓名、電話、傳真、電郵及郵寄地址)，以便本會日後與你通訊、籌款、作活動/培訓課程邀請或收集意見的推廣用途。倘本會未得到你的同意之前，本會不可以使用你的個人資料作推廣之用途。你亦可以隨時要求本會停止使用你的個人資料作上述推廣之用途，費用全免。日後查閱或更新個人資料，請隨時致電 2802 0016。</small> | | 倘你同意本會左列的安排，請於下方簽署。 如你不同意左列安排，請在簽署前於下欄加上“ <input checked="" type="checkbox"/> ”號表示。 <input type="checkbox"/> 本人不同意上述有關使用個人資料的安排。 |
| | | 簽署： _____ 姓名： _____ 日期： _____ |

填妥表格後，請寄回：香港紅十字會總部 西九龍海庭道 19 號

電話：2802 0016

傳真：2802 0017

電郵：crd@redcross.org.hk

網址：www.redcross.org.hk

感謝您協助我們關懷及幫助各地急需援助的一群！