

## 捐助表格

敬啟者：

### 自願捐助

院方感謝善長以慷慨捐助的形式表達對本院的心意，但不容許員工向任何人士特別是病人要求募捐。而病人及其家屬亦無必要向本院提供任何形式的捐助。

為免引起任何不必要的誤會，閣下如欲捐助，敬請填妥下列表格，並連同善款/支票/捐贈物品送交本院社區關係組(葵涌醫院J座五樓)。捐款港幣一百元或以上，可申請扣稅。如有查詢，請致電 2959-8922，電郵 [cst241@ha.org.hk](mailto:cst241@ha.org.hk) 或傳真 2745-7610，與卓小姐聯絡。

多謝 閣下的慷慨支持！

葵涌醫院行政總監

## 捐助表格

(請在適當□內加上「✓」號)

本人／機構願意捐助予葵涌醫院

[指定受惠部門] \_\_\_\_\_ (可以不填)

### 捐助人資料

以個人名義捐助       以機構名稱捐助

善長芳名或

機構名稱： \_\_\_\_\_ (先生/女士/太太/機構)

聯絡人姓名(如與上述不同)： \_\_\_\_\_ (先生/女士/太太/機構)

地址： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ 傳真： \_\_\_\_\_ 電郵： \_\_\_\_\_

捐款港幣一百元或以上捐款收據可用作申請扣稅用途。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。

葵涌醫院或會將捐助人/機構之姓名及捐助資料作公開鳴謝，請於以下註明：

本人同意貴院鳴謝本人/機構的捐助，公開鳴謝的名稱：

\_\_\_\_\_ (先生/女士/太太/機構)

無名氏

本人不同意貴院鳴謝本人/機構的捐助

### 捐助詳情

1. 捐款金額： 港幣\$ \_\_\_\_\_ / 其他貨幣： \_\_\_\_\_

捐款方法：

現金 (請勿郵寄現金)

劃線支票 (抬頭請寫“醫院管理局 - 葵涌醫院”)

支票號碼： \_\_\_\_\_ 發出銀行： \_\_\_\_\_

2. 捐贈物品： \_\_\_\_\_ 估計價值： \_\_\_\_\_

3. 以支持以下有關項目：

病人服務/活動       教育性活動/宣傳推廣       職員培訓及發展

購買器材/新增設施       其他： \_\_\_\_\_

### 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更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 2959-8111 與本院社區關係組聯絡。

捐助人簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**To be completed by Head of Department (for donation designated to specified Department)**

- 1. The acceptance of donation \*is / is not supported.
- 2. Guidelines on Acceptance of Donation and Sponsorship in HAHO HR Circular No.2/98 and Acceptance of Advantages, Entertainment and Sponsorship in HAHO HR Circular No.6/2008 are observed.
- 3. \*There is no recurrent implication on the acceptance. / The recurrent cost is minimal and will be adsorbed in my departmental budget. / The annual recurrent cost on accepting the donation is estimated at HK\$\_\_\_\_\_ and funding from the Hospital is requested.
- 4. \*I declare that there is no conflict of interest. / The donor has commercial dealing with the hospital, I and/or my staff will be delinked from the decision-making in the procurement process for a period of 6 months.

Signature: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Name & Post: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**To be completed by Administrative Services Department**

- Acceptance of donation is recommended.
  - Acceptance of donation is not recommended.
- Reason: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Name & Post: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**To be completed by Hospital Chief Executive / Cluster Chief Executive**

- Approval is given (approval reference: ( ) in KCH/CR/6/2 \_\_\_\_ ) on the understanding that
  - There is no recurrent cost.
  - The recurrent cost is minimal and is to be absorbed within departmental budget.
  - Additional annual recurrent cost<sup>#</sup> of HK\$\_\_\_\_\_ will be absorbed by hospital.
- Approval is not given.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_

\* please delete where inappropriate  
# not exceeding HK\$500,000