

THE HONG KONG MEDICAL ASSOCIATION
CHARITABLE FOUNDATION
香港醫學會慈善基金

DONATION FORM 捐款表格

To : HKMA Charitable Foundation Secretariat

致：香港醫學會慈善基金秘書處

5th Floor, Duke of Windsor Social Service Building, 15 Hennessy Road, Wanchai, Hong Kong

香港灣仔軒尼詩道15溫莎爵社會服務大廈5樓

Tel 電話 : (852) 2527 8285

Fax 傳真 : (852) 2865 0943

Email 電郵 : hkmacf@hkmacf.org

- I am/Our Organization* is pleased to accept the invitation to join the HKMA Charitable Foundation and wish to pledge the sum of HK\$_____ in support of _____ (optional).

本人/本機構*樂意加入香港醫學會慈善基金，並承諾捐款港幣_____元

以支持_____ (如適用)。

* Please delete if inappropriate 請刪除不適用者

- The donation is to remain anonymous 以無名氏身份捐款

Donation Method 捐款方式

You can support the Foundation through payment by cash or cheque. Please contact the Foundation Secretariat at 2527 8285 or at hkmacf@hkmacf.org for further information.

閣下可以現金或支票捐款。如欲查詢詳情，歡迎致電2527 8285或電郵至 hkmacf@hkmacf.org 與基金秘書處聯絡。

- Crossed Cheque – Payable to “The Hong Kong Medical Association Charitable Foundation Limited”
劃線支票 – 抬頭請寫「香港醫學會慈善基金有限公司」
- I would like to know more about Ways of Giving to HKMA Charitable Foundation. Please send further information or contact me at the following contact information.
本人希望知道更多捐款方式，請郵寄資料或聯絡本人，聯絡資料如下。

Contact Information 聯絡資料

Please fill in this form in BLOCK LETTERS for computer processing. All data will be treated in strict confidence and for internal use only.

為方便處理，請以英文正楷填寫。所有資料絕對保密，僅供內部使用。

DONOR / ORGANISATION 捐款人/機構

Title稱謂: _____ Name姓名: _____
Surname 姓氏 _____ Middle Name 別名 _____ First Name 名字 _____

Chinese Name: _____ Date of Birth: _____
中文姓名 _____ 出生日期 _____

Correspondence Address: _____
通訊地址: _____

Home Tel住宅電話: _____ Home Fax住宅傳真: _____

Mobile手提電話: _____ Email電郵: _____

Company Name: _____
公司名稱 _____

Company Address: _____
公司地址 _____

Company Tel: _____ Company Fax: _____
公司電話 _____ 公司傳真 _____

Profession職業: _____ Position: 職位 _____

Signature 簽名: _____ Date日期: _____

Donors will be issued receipts for tax-deduction purposes. 捐款可獲發收據扣減稅項。