

請將填妥的表格寄回或親身交回兒童脊科基金辦事處。(請在適當的方格內加上「號」)

**本人願意：**

每月捐款： \$50       \$100       \$1,000       其他金額 (請註明：\_\_\_\_\_ )

一次性捐款： \$1,000       \$5,000       \$10,000       其他金額 (請註明：\_\_\_\_\_ )

**捐款方法：**

親身捐款     支票號碼：\_\_\_\_\_ (支票抬頭：「兒童脊科基金有限公司」)

**聯絡資料：**

姓名：\_\_\_\_\_ (先生 / 女士)

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 電郵地址：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

請寄回收據 (捐款港幣 100 元或以上可憑收據申請扣減稅項)