DONATION FORM

Operation Smile 微笑行動 中國基金

DONOR INFORMATION
捐款者資料

Name
姓名 _____

Address
地址 _____

Phone Number
聯絡電話 _____

E-Mail Address
電郵地址 _____

DONATION AMOUNT
捐款金額

- ☐ $ 500 for medical supplies
  港幣500元為醫用耗材
- ☐ $ 1,000 for speech therapy
  港幣1000元為語音治療
- ☐ $ 3,000 for orthodontics
  港幣3000元為口腔正畸
- ☐ $ 5,000 for cleft lip surgery
  港幣5000元為唇裂手術
- ☐ $ 7,000 for cleft palate surgery
  港幣7000元腭裂手術
- ☐ $ Other Amount
  其他金額 _____

DONATION TYPE
捐款形式

- ☐ One-Time
  一次性
- ☐ Monthly
  每月

DONATION METHOD
捐款方法

- ☐ Cheque / Money Order No. 支票/銀行本票號碼 _____
  Payable to "Operation Smile – China Medical Mission Limited" 抬頭請寫「微笑行動中國基金有限公司」
- ☐ Direct Bank-In (**HSBC** Acct: 002-7-322478 or **Bank of China** Acct:019-595-10324111)
  直接存入銀行 (匯豐銀行戶口: 002-7-322478 或中國銀行戶口: 019-595-10324111)
- ☐ Please send me "Autopay" information for monthly donation through my bank.
  本人想以銀行「自動轉帳」每月捐助, 請寄有關資料予本人。
- ☐ Credit Card ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ American Express ☐ Diners
  信用卡

  Credit Card No. 信用卡號碼 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

  Expiration Date 信用卡有效期至 _____ (Month 月 / Year 年)

  Cardholder Name
  信用卡持有人姓名 _____

  Signature
  信用卡持有人簽名 _____ Auth. Code _____ (Office Use Only)

- ☐ Please tick here if a receipt is required (All donations of HK$100 or above are tax deductible)
  如需正式收據, 請在格內填上"✓"。 (捐款一百元或以上可以申請免稅)
- ☐ Please specify if you wish to have the receipt in a different name. 如收據要用另一名稱申請免稅請填上。

  Name on Receipt 收據抬頭名稱 _____

Please return this completed form with your donation (or original bank-in slip) to:

Operation Smile, 19/F, On Loong Commercial Building, 276-278 Lockhart Road, Wanchai, Hong Kong
請將表格填妥(往銀行捐款者, 請連同銀行收據)寄回: **香港灣仔駱克道276-278號安隆商業大廈19樓**

Enquiries please call 2827-8044 or fax 2861-0797 如有任何查詢, 請致電 – 電話: 2827 8044 或傳真: 2861 0797

Thank you for your kind support! 感謝您的善意支持！

2010/01