國立陽明交通大學牙醫學院捐款人資料

捐款人資料			
姓名 / 機構名稱		身分證字號/統一編號	
聯絡電話	( )	行動電話	
通訊地址	□□□		
電子信箱			
身　分	□陽明大學校友____系/所，民國__年畢業□大學部 □碩士班 □博士班 □教職員工 □學生家長 □社會人士 □企業團體 □其他		
指定用途	指定捐款給陽明交通大學牙醫學院		
捐款日期	民國__年__月__日	捐款金額	新台幣_____元整
抵稅證明資料	抬頭名稱：□同姓名 □機構名稱 □其他抬頭名稱：_____ 寄送地址：□同通訊地址 □其他寄送地址：_____		

＊填妥「**ATM**捐款人資料」後，請傳真（**02-2826-4053**）或**Email**（**cod.ym@nycu.edu.tw**），以便寄發抵稅證明。

＊若欲指定捐款給本學院各系**所專款專用，請於「指定用途」後面說明。**

＊相關問題可來電：（**02**）**2821-2943**