

**Borang Derma / Penaja****Donation / Sponsorship Form****捐款 / 赞助人表格**

**爱心肾脏专科医院**  
**MAWAR RENAL**  
**MEDICAL CENTRE**

**Korporat / Pertubuhan**  
*Corporate / Organisation* 公司/社团

**Pilihan Derma • Your Choice of Donation • 您的捐助选项**

<b>Derma Biasa</b> <i>Normal Donation</i> 普通捐款 RM _____
<b>Penaja Tahunan</b> <i>Annual Sponsor Member</i> 常年赞助人 RM 120.00
<b>Penaja Seumur Hidup</b> <i>Life Sponsor Member</i> 永久赞助人 RM 1,200.00

**Nama Organisasi • Name of Organisation • 公司/社团名称**

**No. Pendaftaran • Registration No. • 注册号码**

**Telefon • Contact No. • 联络号码**

**Ext • 分线**

**Faks • Fax • 传真**

**Alamat • Address • 地址**

**E-mel • E-mail • 电子邮件**

**Kami ingin menderma • We would like to donate • 本人欲捐助**

**Sila isikan jumlah yang anda ingin derma**

*Please fill in the amount you would like to donate* 请填上认捐的金额

**RM**

**Tandatangan Signature 签名**

**Tarikh Date 日期 :**

**Semua derma akan dikecuali cukai • All donations are tax-deductible • 所有捐款将扣除所得税**  
 (JHDN 01/35/42/51/179-6.4270)

**Semua cek palang perlu dibayar ke atas nama penerima seperti berikut**

**All crossed cheque/bank draft/money order should be made payable to**  
 所有善款支票需划线并志明以下收款人名字:

**PUSAT HEMODIALISIS MAWAR**

Korporat / Pertubuhan • Corporate / Organisation • 公司/社团