NUHW
NATIONAL UNION OF HEALTHCARE WORKERS

全國醫療工人工會 － 捐款表單

為了建立一個醫務工作者的民主運動，我授權全國醫療工人工會每月從我的銀行帳戶或信用卡/提款卡自動扣除我的捐款：

☐ $100/每月 ☐ $75/每月 ☐ $50/每月 ☐ $35/每月 ☐ $25/每月 ☐ $10/每月

名 **姓**

帳單地址 **公寓號碼**

城市 **州** **郵 政 號 碼**

電子郵件 ☐如想定期透過電子郵件收到有關全國醫療工人工會(NUHW) 的最新消息請打勾

住宅電話 **行動電話** **工作電話**

( ) - ( ) - ( ) -

雇主

信用卡或提款卡卡別: 請選: ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ AmEx ☐ Discover 信用卡有效期限: __ __ /__ __/__ __

信用卡卡號: 持卡人郵政號碼:

檢核碼(卡片背面後三碼或是 AmEx 為四碼): __ __ __ __

這份授權捐款是由我自願，並且將維持有效直到我取消授權。我簽名同意以下條款和條件:

- 我是一位醫療工作者並且有資格成為全國醫療工人工會(NUHW)之會員[i]。

我了解:

- 捐款給 NUHW 不構成我被雇主雇用工作以及成為任何工會會員的一個條件;
- 本捐款刊上的金額僅為建議，我有權捐更多或更少的金額，或透過其他方式捐款，而不需擔心這會對我與工會或雇主關係有利或不利;
- 給 NUHW 的捐款為不減稅的慈善捐款。

/ /

簽名 **簽名日期**

您也可以上網到 www.nuhw.org 捐款，或是將本表單傳真到(510) 834-2019,
或是郵寄給 NUHW 到 519 17th St., Suite 560, Oakland CA 94612

[i] NUHW 會員資格為任何在包括醫院，診所，療養院及輔助生活設施的各種醫療場所工作的員工，並且在全國勞動關係法(National Labor Relations Act) 的定義下為非督導或管理階層的工作者。

NUHW UNION MADE