###

|  |
| --- |
|  入會申請表 年 月 日 |
| **會員資料(會員代表1)**  | **會員編號** |  |
| 會員代表1姓名 |  | □個人會員 □團體會員**(**請填具公司團體資料及3名會員代表**)** |
| 服務公司名稱 |  | 職稱 |  |
| 出生日期 | 民國 年 月 日 | 身分證字號/ 性別 |  |
| 郵遞區號/ 通訊地址 | □□□□□  |
| 電話號碼/行動電話 | ( )　　　　　分機 | 傳真/e-mail | ( )　 |
| 聯絡人姓名 |  | 聯絡人職稱 |  |
| 聯絡人電話/聯絡人行動電話 | ( )　　　　　分機 | 聯絡人傳真/聯絡人e-mail | ( ) |
| **公司團體資料**  |
| 公司團體名稱 |  |
| 負責人姓名 |  | 負責人職稱 |  |
| 郵遞區號/公司通訊地址 | □□□□□  |
| 公司電話 | ( )　 | 公司傳真 | ( )　 |
| 成立日期 | 民國 年 月 日 | 員工人數 |  |
| 證照字號(統編) |  | 發證機關 |  |
| 業務內容及營業項目 |  |
| 公司網站 |  |
| 產 業 別 | □ 生技醫療產業 □ 健康照護產業 □ 社會團體 □ 醫療服務產業 □ 資訊相關產業 □ 其他 □ 醫療設備器材產業 □ 政府機關 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

公司團體用印: 申請人(負責人）簽章:

|  |
| --- |
| **會員資料(會員代表2)**  |
| 會員代表2姓名 |  | 職稱 |  |
| 出生日期 | 民國 年 月 日 | 身分證字號/ 性別 |  |
| 郵遞區號/ 通訊地址 | □□□□□  |
| 電話號碼/行動電話 | ( )　　　　　分機 | 傳真/e-mail | ( )　 |
| 聯絡人姓名 |  | 聯絡人職稱 |  |
| 聯絡人電話/聯絡人行動電話 | ( )　　　　　分機 | 聯絡人傳真/聯絡人e-mail | ( ) |
| **會員資料(會員代表3)**  |
| 會員代表3姓名 |  | 職稱 |  |
| 出生日期 | 民國 年 月 日 | 身分證字號/ 性別 |  |
| 郵遞區號/ 通訊地址 | □□□□□  |
| 電話號碼/行動電話 | ( )　　　　　分機 | 傳真/e-mail | ( )　 |
| 聯絡人姓名 |  | 聯絡人職稱 |  |
| 聯絡人電話/聯絡人行動電話 | ( )　　　　　分機 | 聯絡人傳真/聯絡人e-mail | ( ) |

審查結果： .

入會申請說明：

1.會員入會費：團體會員$10,000、個人會員＄3,000。(入會時收費)

2.會員常年會費：團體會員$10,000、個人會員＄3,000。(按年度收費)

3.入會費、常年會費、捐款請匯款本會如下帳戶繳交。

**帳戶名稱：健康中華促進會**

**匯款銀行：國泰世華銀行八德分行（ＡＴＭ轉帳代號013）**

**匯款帳號：077-03-501069-9**

**※匯款請註明會員姓名。ATM轉帳，煩請e-mail或電話告知轉帳帳號末5碼，以便財務核對。**

4.團體會員擁有3位會員代表,入會申請應附公司營利事業登記證或團體立案證書影本。

5.聯絡處：114臺北市內湖區行愛路77巷71號4樓。

電話: (02)2790-6175 傳真:(02)2790-6965 聯絡信箱：service@healthpa.org

 聯絡人：執行長 李宜靜 0968-598428,02-2790-6175#21

秘書長 趙慈宇 0952-861967

周志芬 02-2790-6175#24

6.個人資料受個資法保護，僅供健康中華促進會會務使用。

　　健康中華促進會2019.7.11製版