

台北市醫療器材商業同業公會 會員資料異動通知書 會員編號：

公司名稱	
負責人	(公司蓋大小章)
*以下資料需與主管機關登記相同	
民國 年 月 日	
負責人	職稱： 姓名： 行動電話：
會員代表	職稱： 姓名： 行動電話：
登記地址	中文： 郵遞區號 □□□□□ 英文：
通訊地址	中文： 郵遞區號 □□□□□ 英文：
資本額	組 織
公司電話	聯 絡 人
通訊電話	傳 真
統一編號	
網址	
E-MAIL	
附 註	一、負責人、登記地址、資本額異動需(附)政府機關同意營業事業設立變更事項之公文函影本。 二、負責人、會員代表異動需(附)身分證影印本一份。 三、本會會務公文傳遞均以 E-MAIL 通知，務必填寫 E-MAIL。

填表人：\_\_\_\_\_