台北市醫療器材商業同業公會 會籍暨會員代表登記卡 編號：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司行號名稱 | （中文） | 入會日期 |  | 年 | 月 |  | 日 |
| （英文） |
| 登 記 地 址 | （中文）□□□ | 電話 |  |
| 通 訊 地 址 | （中文）□□□ |  |
| （英文） | 傳真 |  |
|  | 負 |  |  |  | 責 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 人 |  |  |  |  |  | 會 |  |  |  | 員 |  |  |  |  | 代 |  |  | 表 |  |  |
| 姓 | 名 |  | 手機號碼 |  | 姓 |  | 名 |  | 手機號碼 |  |
| 出生年月日 |  | 年 | 月 |  | 日 | 出生地 |  | 出生年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 出生地 |  |
| 身份證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 職稱 |  | 身份證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 職稱 |  |
| 統 | 一 | 編 | 號 |  |  |  |  |  |  |  |  | 資本總額 |  | 填 表 人 |  |
| 營業項目（限 **34**個字以內） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 行 業 類 別(請√選) | □製造業者 □輸入業者 □經銷業者 □販賣業者 □維修業者 □租賃業者 □二手(回收)業者 ※可複選 |
| 公司網址 |  | **E-MAIL** | 本會會務公文傳遞均以E-MAIL通知，請務必填寫E-MAIL。 |

公司行號 （蓋章） 負責人 （蓋章） 會員代表 （蓋章）