台北市醫療器材商業同業公會 會員資料異動通知書

公司名稱:

負責人: （公司蓋大小章）

＊以下資料僅需填寫異動部分 填寫日期:民國 年 月 日

負責人	姓名		手機號碼	
	出生年月日		出生地	
	身份證字號		職稱	
會員代表	姓名		手機號碼	
	出生年月日		出生地	
	身份證字號		職稱	
登記地址	郵遞區號			
通訊地址	郵遞區號			
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、組織異動需(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： /連絡電話: