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 | | | | | | | | | 出生年月日 | | | | 年 月 日 | | | | | |
| 身份證字號 |  | | | | | 職稱 | |  | | 身份證字號 | | | |  | | | 職稱 | |  |
| 統 一 編 號 | | | |  | | | | | 資本總額 | | |  | | | | 聯絡人 | | |  |
| 營業項目  （限**34**個字以） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | |

※公司名稱/統一編號/公司地址/電話/網站/營業項目，將登錄於本會公會網站 □同意 □不同意

公司行號 （蓋章） 負責人 （蓋章） 會員代表 （蓋章）