

TO: 醫健會 李文佩/ 杜景榕

FAX: 02-2712-3398 · e-mail: hidasmail@gmail.com



「2019年廣州·臺灣商品博覽會暨醫健會年度會員大會」 報名表

統一編號				
公司名稱	中文：			
	英文：			
地 址	中文：□□□			
	英文：			
電話		傳真		
E-mail		網址		
聯絡人	中文姓名		公司負責人	設立年度：
	中文姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	英文姓名	
參加人員資料 1	中文職稱		英文職稱	
	中文姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	英文姓名	
參加人員資料 2	中文職稱		英文職稱	
	中文姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	英文姓名	
主要營業 項目 (最多填寫三項)	中文：			
	英文：			

本公司願遵守貴會作業規範所有規定事項，亦瞭解貴會保留是否接受本公司參加之權利。
本公司保證所有填寫資料均為真實且正確，且未冒用或盜用任何第三人之資料。如有不實或不正確之情事，自願被取消參加資格，並自負相關法律責任。

此 致 社團法人中華海峽兩岸醫療暨健康產業發展協會

公司印鑑：_____ 負責人印鑑：_____

報名日期： 年 月 日

* 以上個人資料僅供辦理展覽或貿易推廣相關活動，透過電話、郵件等通訊方式與提供資料之個人聯繫接洽用。提供資料之個人可就其個人資料：1.查詢或請求閱覽。2.請求製給複製本。3.請求補充或更正。4.請求停止蒐集、處理或利用。5.請求刪除。