

**會員編號：** **團體會員入會申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 團體名稱 |  | | | | 統一編號 |  |
| 電話 |  | | | 傳真 |  | |
| 負責人 |  | | | 職稱 |  | |
| E-mail |  | | | | | |
|  | □□□-□□ | | | | | |
| 通訊地址 |  | | | | | |
| 成立日期 |  | 發證機關 | |  | | |
| 成員人數 |  | 證照字號 | |  | | |
| **團體會員連絡人資料** | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 職稱 |  | |
| 性別 | □男 □女 | | | 電話 |  | |
| 地址 |  | | | E-mail |  | |
| 申請團體 (大章) | | | 負責人 (小章) | | | |
| **同意書**  本申請書內容僅作為入會資格審查及會員資料建檔使用，您所提供的資料將依據本會資訊安全政策及規範提供最嚴格的管理及保護。依據個人資保護法第3條規定，就本會所蒐集、處理及利用之個人資料，享有查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除之權利。  申請人簽章： 年 月 日  【備註】   1. 本申請書填妥後請郵寄正本至本會，本會地地:11268台北市北投區大業路166號5樓   電話:02-2892-6222 傳真:02-2891-1389 E-mail:cp.cpfamily@gmail.com   1. 入會費:新臺幣2,000元，常年會費:新臺幣2,000元。(初次入會者請繳交上述共新幣4,000元)   請逕至郵局劃撥。本會劃撥帳號:16380438 戶名:中華民國腦性麻痺協會  ※依社會團體財務處理辦法第七章第19條規定:社會團體會員繳納之各項費用，於退會時，不得請求退還。 | | | | | | |