

Tadel 台灣牙醫數位學習學會

★2018 海峽兩岸【超級牙醫經理人高峰論壇_象山論劍】

信用卡繳款授權書 Fax：(02)27593574

扣款項目	申請日期： 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> ★11/15 以前早鳥預約價：(NT\$ 19,900 元)(20 小時/1 年)(贈品 1+2)(20 學分+證書)(免費線上座談會+線上讀書會) <input type="checkbox"/> ★11/15 以前早鳥預約價：(金額 NT\$ 3,000 元整) (20 小時/30 天)(贈品 1)(20 學分)			
用戶資料	姓 名(必填)		與持卡人關係(必填)	
	身份證字號(必填)：□□□□□□□□□□			
	出生日期(必填)	民國 年 月 日	手機(必填)	
	服務單位(必填)		單位電話(必填)	
	Line ID		傳真	
	聯絡地址(必填)			
	E-Mail (必填, E-Mail 為登入平台時使用)		登入密碼 (請設定 6 位數以上之英數字)	
信用卡持卡人資料	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB (若信用卡持卡人並非用戶本人, 請檢附持卡人身分證影本)		信用卡分期：	
	發卡銀行			
	信用卡卡號	□□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□		
	有效期限 (GOOD THRU)	□□月 / □□年	信用卡背面末三碼	□□□
	持卡人姓名		持卡人聯絡電話	
	持卡人身份證字號	□□□□□□□□□□		
	持卡人簽名	(請與信用卡背面相符)	金額合計 NT\$	

依「個人資料保護法」相關規定, 本刷卡人書面同意將以上資訊授權: Tadel 台灣牙醫數位學習學會辦理會務相關事務並使用您的個人資料, Tadel 台灣牙醫數位學習學會必遵守: 謹慎使用並慎防個人資料外流之規定本人無任何異議!

本人已了解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規之要求, 且已詳閱本同意書, 了解並同意受本同意書之規範並簽名為證~!

確認人簽名: _____

請填妥以上資料確認回傳, 以利本單位作業請簽名回傳至**傳真:(02)2759-3574**

** 如已傳真至本公司, 為保障您的權益, 請來電確認(02)2346-4288. **