

IDIA 國際植牙醫學會-台灣總會

信用卡繳款授權書 Fax : (02)27593574

扣款項目	<input type="checkbox"/> IDIA 入會申請 (金額 NT\$ 10,000 元整) 申請日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> IDIA 專科醫師甄審 (金額 NT\$ 25,000 元整) <input type="checkbox"/> IDIA 院士(fellowship) : 150 學分 (金額 NT\$ 150,000 元整) <input type="checkbox"/> IDIA 高級院士(mastership) : 250 學分 (金額 NT\$ 200,000 元整) <input type="checkbox"/> IDIA 最高院士(diplomate) : 350 學分 (金額 NT\$ 250,000 元整)			
用戶資料	姓 名(必填)		與持卡人關係(必填)	
	身份證字號(必填) : <input type="text"/>			
	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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	有效期限 (GOOD THRU)	<input type="text"/> <input type="text"/> 月 / <input type="text"/> <input type="text"/> 年	信用卡背面末三碼	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	持卡人姓名		持卡人聯絡電話	
	持卡人身份證字號	<input type="text"/>		
	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: IDIA 國際植牙醫學會-台灣總會辦理會務相關事務並使用您的個人資料, IDIA 國際植牙醫學會-台灣總會必遵守: 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. **

IDIA 國際植牙醫學會-台灣總會 電話 : (02)2346-4288 傳真 : (02)2759-3574 E-mail : idia.org.tw@gmail.com / tadel.org@gmail.com