

臺南市政府衛生辦理特約身心障礙者醫療輔具服務

特約廠商資訊暨服務項目異動申請表

一、 廠商基本資訊

簽約代碼		申請日期	年 月 日
廠商名稱		統一編號	
聯絡人		連絡電話	

二、 異動事宜

異動內容	<input type="checkbox"/> 廠商基本資料 <input type="checkbox"/> 增加服務項目 <input type="checkbox"/> 減少服務項目 <input type="checkbox"/> 續新簽約期限 <input type="checkbox"/> 中止簽約關係 <input type="checkbox"/> 變更匯款帳戶 <input type="checkbox"/> 增加簽約門市 <input type="checkbox"/> 減少簽約門市 <input type="checkbox"/> 其他_____	
異動原因		
異動對照表	原內容	異動後

備註：

- 一、 請於本表空白處加蓋公司印信。
- 二、 應檢附異動內容應備文件檢核表及佐證文件。