

臺南市政府衛生局辦理身心障礙者醫療輔具  
特約廠商續約意願調查表

填表日期：      年      月      日

廠商名稱		負責人	
統一編號		申請單位	<input type="checkbox"/> 單一門市 <input type="checkbox"/> 多家門市
聯絡人		聯絡電話	
系統帳號密碼		電子郵件	
聯絡電話		傳真號碼	
門市地址	如為同一公司多間門市，請另行檢附門市清冊		
申請項目	<input type="checkbox"/> 提供輔具購置服務 <input type="checkbox"/> 提供輔具租賃服務		
申請檢附文件	<p>1. 同意續約者請檢附以下資料辦理續約，函送本局至(臺南市東區林森路一段418號)展延合約時間(113. 1. 1-114. 12. 31)</p> <p style="margin-left: 20px;">(1)續約意願調查表</p> <p style="margin-left: 20px;">(2)用印契約書1式3份(A4雙面列印並以公司章蓋騎縫章)</p> <p style="margin-left: 20px;">(2)如有變更負責人或異動名稱，請檢附相關文件</p> <p>2. 請務必依照核定後購買原則且於購買日依限辦理核銷，經抽查民眾投訴且核實未依身心障礙者醫療輔具補助辦法辦理，本局得撤銷特約廠商資格。</p>		

