

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	☐ 單一門市 ☐ 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	☐ 提供輔具購置服務 ☐ 提供輔具租賃服務		
申請檢附文件	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(115. 1. 1-118. 12. 31) (1)續約意願調查表 (2)用印契約書1式3份(A4雙面列印並以公司章蓋騎縫章) (2)如有變更負責人或異動名稱，請檢附相關文件 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。		

