

社團法人宜蘭縣藥師公會 函

會址：260 宜蘭市農權路 101 號 11 樓之 1
承辦人及電話：李如玉 (03) 9358970
傳真：(03) 9356851
電子郵件信箱：yilanpharma@gmail.com

受文者：本會會員（敬稱略）

發文日期：中華民國 102 年 2 月 22 日

發文字號：宜縣藥師彬字第 015 號

速別：普通

密等及解密條件：

附件：

主 旨：謹請繳納本（102）年度常年會費（含全聯會會費 1,560 元），詳如說明
段，請 查照。

說 明：

- 一、為鼓勵提早繳納，優惠方案如下（本優惠不適用當年度新入會會員）：
 - （1）常年會費每月新台幣 400 元（含全聯會會費 130 元），一年共計
新台幣 4,800 元，敬請最慢於該年度 12 月 31 日以前全部繳清。（7
月（含）以後繳納一律每人收取新台幣 4,800 元）
 - （2）該年度 6 月 30 日以前全部繳清者，每人收取新台幣 4,500 元。
 - （3）該年度 4 月 30 日以前全部繳清者，每人收取新台幣 4,200 元。
- 二、繳納方式如下（<http://yilan.taiwan-pharma.org.tw/node/2414>）：
 - （1）以現金親至公會繳費或現金袋掛號郵寄至本會。
 - （2）支票（以優惠日期為最後到日）或匯票掛號郵寄至本會（抬頭：
宜蘭縣藥師公會）。
 - （3）以郵政劃撥方式（帳號：13195156 戶名：宜蘭縣藥師公會）；兩
人（或以上）同張繳費者請於通訊欄處註明繳款會員之大名。
 - （4）匯款或轉帳方式（中華郵政宜蘭渭水路郵局）
郵局代碼：700 帳號：0111027-0176067 戶名：宜蘭縣藥師公會
轉帳繳費請 e-mail：yilanpharma@gmail.com本會告知轉帳帳號末
5 碼、匯款日期及繳款人姓名。
匯款繳費請務必要求行員輸入繳款人姓名。
- 三、敬請期限內繳清，一律以繳款日或郵戳日為準，未按時繳納會費者依
本會章程及會員大會決議辦理。完成繳費 10 日內若未收到收據敬請來
電詢問以利核帳；收據抬頭若有指定名稱（如醫院或藥廠），敬請繳費
時一併告知。
- 四、若有其他不明或未盡事宜請於上班時間內來電查詢。

正本：本會會員

副本：本會文存