

社團法人宜蘭縣藥師公會

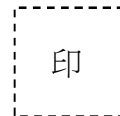
個人資料使用同意書

1. 立同意書人_____（以下簡稱甲方）同意社團法人宜蘭縣藥師公會（以下簡稱乙方）於會務及業務範圍內，得以將姓名、畢業學校、執業處所、聯絡電話及擔任乙方職稱（但不包括身分證字號及生日等資訊）予以業務相關公告及刊登大會手冊提供會員查詢使用。
2. 前揭資料除提供乙方會務及業務用途外不得移作他用。（但與行政及衛生主管機關、上級公會等之業務往來不在此限）
3. 因擔任乙方職務若代表參加各項活動所需辦理報名及保險等業務，甲方無條件同意乙方使用身分證字號及生日等資料。
4. 乙方所應負之保密義務不因工作人員離職或職務調動而失其效力。
5. 乙方若因違反個人資料同意書之規定，致使甲方或第三者之損害或賠償，乙方同意無條件負擔全部責任，甲方將追究相關法律之責任。

此致

社團法人宜蘭縣藥師公會

立切結書人（簽名及蓋章）：



身分證字號：

聯絡電話：(0)：

(H)：

行動電話：

中華民國：

年

月

日