

檔 號：  
保存年限：

## 社團法人宜蘭縣藥師公會 函

會址：260 宜蘭市女中路三段 102 號 6 樓  
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 112 年 3 月 6 日

發文字號：宜縣藥師安字第 112005 號

速別：普通

密等及解密條件：

附件：

主 旨：謹請繳納本（112）年度常年會費，詳如說明段，請 查照。

說 明：

- 一、常年會費每月新台幣 400 元（內含代收全聯會上繳會費），一年共計新台幣 4,800 元；上繳全聯會會費均由本會先行依季（3 個月）代墊上繳，敬請依全聯會繳費期限最慢於當年度 12 月 20 日以前全部繳清。
- 二、為鼓勵提早繳納，6 月 30 日前一次繳清本年度常年會費，每人收取新台幣 4,500 元。（7 月 1 日起（含）繳納一律每人收取新台幣 4,800 元）
- 三、繳納方式如下（<https://reurl.cc/7yklzk>）：
  - （1）現金親至公會繳費或現金袋掛號郵寄至本會。
  - （2）支票（若開立支票兌現日最慢以優惠日期為準）或匯票掛號郵寄至本會（抬頭：宜蘭縣藥師公會）。
  - （3）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](mailto: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。
- 四、敬請期限內繳清，一律以繳款日或郵戳日為準，完成繳費 10 日內若未收到收據敬請來電詢問以利核帳；收據抬頭若有指定單位名稱，敬請繳費時一併告知。（若以月/季繳均以每月 400 元收取。）
- 五、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

理事長 楊永安