

# 社團法人宜蘭縣藥師公會會員中低收入常年會費優惠申請書

1. 限宜蘭縣藥師公會會員本人申請。
2. 年滿 70 歲以上且未執業登記並有繳費困難之藥師。
3. 經提出戶籍地鄉、鎮、市公所核發之「中低收入證明」每年 1 月份主動向公會提出申請，給予當年度常年會費半價優惠。
4. 本優惠辦法自民國 114 年度起生效。

會員姓名		會籍編號	210
生日	年 月 日	身分證字號	
室內電話		手機號碼	
聯絡地址	□□□		
戶籍地址	□□□		
附繳證件	1.申請人身分影正、反面影印本乙份。 2.前一年度戶籍地鄉、鎮、市公所核發之中低收入證明文件。 3.以上文件請以 A4 影印並註明「與正本相符」後簽章。		
本人保證所填表格內容及繳納證件完全屬實並與正本相符，若有任何虛假願負相關法律之完全責任。  此致 社團法人宜蘭縣藥師公會  申請人： (會員親簽+印章)  日期： 年 月 日			
以下欄位申請人免填，由公會承辦人填寫並經理事長簽核後提報理事會通過後生效。			
審核意見： <input type="checkbox"/> 准予優惠 ( 年度 ) <input type="checkbox"/> 不准優惠：原因_____			
承辦人		總幹事	理事長

※請於申請期限內以『掛號』郵寄本會(260 宜蘭市女中路三段 102 號 6 樓)申請，逾期恕不受理。(申請期限：1 月 1 日至 1 月 31 日，一律以郵戳為憑)