



香港沙士互助會入會申請表格

中文姓名：\_\_\_\_\_ 英文姓名：\_\_\_\_\_

身份証號碼：\_\_\_\_\_ ( ) 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 性別：男 女

中文住址：\_\_\_\_\_

電話：(住宅)\_\_\_\_\_ (手提)\_\_\_\_\_

傳真：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

會員類別： 病患者

家屬/朋友(病患者姓名：\_\_\_\_\_ 與病患者的關係：\_\_\_\_\_)

入會原因： 關心健康  參加活動  義務工作  認識病友  其他：\_\_\_\_\_

職業： 學生  家庭主婦  退休人士  待業(專長：\_\_\_\_\_)

醫護人員(\_\_\_\_\_醫院\_\_\_\_\_部門)  在職人士(類別：\_\_\_\_\_)

學歷： 小學或以下  中學  大專/大學或以上

本人同意貴會使用本人的個人資料作記錄、統計及會內溝通之用，並同意遵守 貴會之會章。

日期：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_

家長姓名：\_\_\_\_\_ (十八歲以下申請人須由家長簽署)

家長身份証號碼：\_\_\_\_\_ ( ) 簽署：\_\_\_\_\_

\* **會費**：所有基本或附屬會員，入會費為**港幣 30 元正**

\* **豁免會費**：適用於 **65 歲或以上長者** (必須需寫出生年份) 及**領取綜援人士**。

\* **遞交表格方法**：

1. 以郵遞方式寄回本會；
2. 傳真人會表至：8101 7699；
3. 將填妥之入會表掃描為 **jpg** 圖像或 **pdf** 檔案，以電郵傳送至本會亦可。

\* **繳付會費方法**：

1. 以劃線支票(抬頭請填「**香港沙士互助會**」，並於支票背面寫上姓名) 寄回本會；
2. 親身到任何一間**香港滙豐銀行分行**或利用**自動櫃員機**，直接將會費存入本會的戶口內(戶口號碼：**110-750072-001**)。於存款收據寫上姓名，郵寄或傳真至本會。

\* 互助會委員將於收到入會表和會費後，盡快核實申請人身份，並會與申請人聯絡及發出本會正式入會收據作實。

\* **私隱條例**：本會將記錄、統計及竭盡所能保護閣下的資料，承諾杜絕外洩機會。

會方 專用：	入會費： <input type="checkbox"/> 現金：30 元 <input type="checkbox"/> 支票號碼：_____ <input type="checkbox"/> 豁免：長者/綜援
	入會日期：____年__月__日 收費職員：_____ 會員編號：_____