「2017年亞太智慧醫療行業高峰論壇暨亞太智慧醫療博覽會」參展團報名表　(以下資料請正楷書寫或電腦打字)

統一編號		負責人		成立年限	
公司名稱	中文：				
	英文：				
地　　址	中文：□□□				
	英文：				
公司電話			公司傳真		
公司 E-mail			公司網址		
展覽聯絡人	中文姓名		E-mail		
	電　　話		手機		
參展人資料	中文姓名		英文姓名		
	中文職稱		英文職稱		
參展人資料	中文姓名		英文姓名		
	中文職稱		英文職稱		
主要展品 （本欄位之資料系要最多填寫五項）	中文：				
	英文：（必填，請以正楷書寫）				
大會指定協力商	交通食宿：嘉佑旅行社有限公司　　聯絡人：許鳴華 TEL： 02-2506-8920 商品物流：兆太國際物流股份有限公司　聯絡人：張世杰 TEL：02-2523799#168				
參加費用	1.參展保證金：新台幣 1 萬元整（每廠商），請開即期支票繳付。 2.攤位數：（請勾選，標準攤位數必須為整數，例如:1,2,3….個） 本公司共租豪華標準_____個／（9m2/個）連同參展保證金合計新台幣_____萬元整 。 **註：參加廠商不得與其他非本團團員共用其攤位，亦不得擅自轉讓（租）攤位，違規者將沒收其參展保證金並取消參展資格。**				

※本公司保證所有填寫資料均為真實且正確，且未冒用或盜用任何第三人之資料。如有不實或不正確之情事，自願被取消參加資格。

※本公司已詳細閱讀，充份瞭解並願遵守　貴公司「2017 亞太智慧醫療博覽會」活動參加作業規範所述各項及同意　貴公司保留是否接受本公司參加之權利。

※ 以上個人資料僅供本公司 107-110 年度透過電話、郵件等通訊方式與提供資料之個人聯繫接洽用。提供資料之個人可就其個人資料：一、查詢或請求閱覽。二、請求製給複製本。三、請求補充或更正。四、請求停止蒐集、處理或利用。五、請求刪除。如欲行使以上權利可洽本公司魏莉芩 02-25851895。若不提供個人資料，可能無法獲得本公司即時之相關資訊。

公司印鑑：_____　　負責人印鑑：_____

報名日期：　　年　　月　　日