



團體會員申請表

申請須知：

1. 所有申請均須由香港罕見疾病聯盟有限公司（罕盟）理事會審批，獲接納入會的團體將收到書面確認。
2. 申請團體須以劃線支票繳付一次性入會費港幣 100 元正，支票抬頭請寫「香港罕見疾病聯盟有限公司」。
3. 申請團體須填妥本表格（共兩頁），並連同支票及所需證明文件一併郵寄或親身交回罕盟。
4. 自願退會的團體會員將不獲退還會費。

辦事處專用

批核日期：_____

會員編號：_____

付款方式：_____

收據編號：_____

請在適當的方格內劃上「✓」號。

A. 申請機構資料

機構名稱：	中文：	
	英文：	
通訊地址：	中文：	
	英文：	
機構電郵：		
機構電話：		
機構傳真：		
機構網址/臉書：		
註冊日期（法團/有限公司）：		
註冊類別：（須附證明文件）	<input type="checkbox"/> 社團註冊/ <input type="checkbox"/> 有限公司註冊/ <input type="checkbox"/> 慈善團體（IR88）	
罕病類別：		
現時會員人數：		
管治架構人數（理事會/執委會）：		
管治架構中患者/患者親屬人數：	患者：____人；患者親屬：____人	
管治架構名單： （請自行按人數添加及呈交）	成員一	姓名： 身份： <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 患者親屬 <input type="checkbox"/> 非患者或家屬
	成員二	姓名： 身份： <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 患者親屬 <input type="checkbox"/> 非患者或家屬
	成員三	姓名： 身份： <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 患者親屬 <input type="checkbox"/> 非患者或家屬
	成員四	姓名： 身份： <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 患者親屬 <input type="checkbox"/> 非患者或家屬
	成員五	姓名： 身份： <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 患者親屬 <input type="checkbox"/> 非患者或家屬
	成員六	姓名： 身份： <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 患者親屬 <input type="checkbox"/> 非患者或家屬



機構年度開支： (可自行選擇是否填寫)	<input type="checkbox"/> 0 至 5 萬元 <input type="checkbox"/> 5 至 10 萬元 <input type="checkbox"/> 10 至 25 萬元 <input type="checkbox"/> 25 至 50 萬元 <input type="checkbox"/> 50 至 100 萬元 <input type="checkbox"/> 100 至 500 萬元 <input type="checkbox"/> 500 萬元以上
B. 申請機構代表資料	
機構代表姓名：	中文： 英文：
職銜：	中文： 英文：
聯絡電話：	
電郵地址：	
C. 填報人/機構聯絡人資料	
填報人/機構聯絡人姓名：	中文： 英文：
聯絡電話：	

本申請機構聲明上述填報資料均屬實無誤。

申請日期：_____

機構蓋章：_____