台灣牙醫植體醫學會
Taiwan Academy of Implant Dentistry
108-64 台北市萬華區西園路二段 300 號 8 樓
電話：02-2307-6829　judy

信用卡傳真單

傳真：02-23076986

* 必填

* 姓名（持卡人）：		* 身分證字號：	
電話（日）：		* 行動電話：	
* 發卡銀行：	銀　行	* 卡別：□ VISA　□ MasterCard　□ JCB	
		* 信用卡有效期限：_____ 月　20_____ 年	
* 信用卡號：			
* 簽名： （與卡片背後簽名一致）	* 卡片背面末三碼：	授權日：（免填）	授權碼：（免填）

* 請勾選

□ 年費　NT4000　　□ 新入會會費　NT2000

□ 學術演講 ____

□ 實作課程 ____

□ ____

* 金額總計：新台幣　　　萬　　　仟　　　佰　　　拾　　　元整

1. 持卡人同意依照信用卡使用規定，一經使用，均應按所示之全部金額，付款予發卡銀行。
2. 所有課程訂單成立後，如因故無法上課，均不得要求退費；收據將於簽單確認後七天寄發持卡人。