

臺灣區帷幕牆工程專業營造業同業公會

入會須知

- 一、請將入會申請書及會員資料表內負責人及會員代表人戶籍地址(縣市、鄉鎮市區、村里、鄰等逐欄詳填，並附 1 吋負責人及會員代表人(如屬同一人即可)半身相片大頭照各 2 張，並填載會員公約蓋用大小章，檢附內政部發給之帷幕牆工程專業營造業登記證書影本乙份。
- 二、入會費：新臺幣貳萬肆仟元整。會員入會時一次繳納之。
- 三、常年會費：每一會員每年繳納新臺幣肆萬捌仟元整，一次繳清。
未依期限入會會員，按工業團體法第 59 條規定溯自會員開業之次月起，會員成立日早於公會成立之日者，以公會成立日起算至入會之日計算應繳會費之總數。
- 四、依據『營造業法第四條』、『工業團體法第五十九條』、『本會章程第九、十條』之規定。
- 五、繳費方式：請以現金、即期支票或電匯方式繳納。

戶名	臺灣區帷幕牆工程專業營造業同業公會
匯款銀行	合作金庫銀行-五股分行，帳號: 3 1 2 2 7 1 7-1 1 3 1 5 1
郵寄地址	104 台北市中山區林森北路 575 號 5 樓 510 室

- ★本會各辦事處受理會員入會時，應是先查閱入會申請書內容是否詳細填妥及是否蓋好印章，以免轉寄本會審查時資料不全延誤辦理時間影響業者，並由辦事處經辦人員於入會申請書內「辦事處欄」加蓋印章。

聯絡人:劉碧芬 0936-736-089
電話:(02)2585-0010 傳真:(02)2597-2242
地址:104431 台北市中山區林森北路 575 號5樓510室
E-mail:twcwa72770457@gmail.com

臺灣區帷幕牆工程專業營造業同業公會

入會申請書

會籍編號：_____

(上開編號請勿填寫)

本公司謹遵『營造業法第四條』、『工業團體法第五十九條』及本會章程 第九、十條之規定，依法加入貴會為會員，並願遵守會章及會議所議決事項，謹檢附帷幕牆工程專業營造業登記證書、營利事業登記文件影本各乙件，敬請准予入會為荷。

公司名稱				
營業地址	□□□□□			
電 話	()	傳真	()	手機
E-mail (務必填寫)				
公 司 印 鑑			負 責 人 印 鑑	

理 事 長	常 務 監 事	秘 書 長	經 辦 人	審 核 結 果

台北市中山區林森北路 575 號 5 樓 510 室 電話:(02)2585-0010 傳真:(02)2597-2242

臺灣區帷幕牆工程專業營造業同業公會會員代表登記表(附表)

(本表所載各欄請詳實填寫，字跡力求清晰)

代表人及 戶籍地 (相片黏貼)	姓 名		籍貫	省	縣(市)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出 生 年月日	年 月 日	身分證證字號				
	<input type="checkbox"/> 同營業地址免填 <input type="checkbox"/> 另列於下： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
代表人電話	()	傳真	()	手機			
代表人及 戶籍地 (相片黏貼)	姓 名		籍貫	省	縣(市)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出 生 年月日	年 月 日	身分證證字號				
	<input type="checkbox"/> 同營業地址免填 <input type="checkbox"/> 另列於下： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
代表人電話	()	傳真	()	手機			
代表人及 戶籍地 (相片黏貼)	姓 名		籍貫	省	縣(市)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出 生 年月日	年 月 日	身分證證字號				
	<input type="checkbox"/> 同營業地址免填 <input type="checkbox"/> 另列於下： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
代表人電話	()	傳真	()	手機			
代表人及 戶籍地 (相片黏貼)	姓 名		籍貫	省	縣(市)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出 生 年月日	年 月 日	身分證證字號				
	<input type="checkbox"/> 同營業地址免填 <input type="checkbox"/> 另列於下： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
代表人電話	()	傳真	()	手機			

台北市中山區林森北路 575 號 5 樓 510 室 電話：(02)2585-0010 傳真(02)2597-2242

