

款項付予銀行授權書

醫療券計劃、疫苗資助計劃及院舍防疫注射計劃

登記參考編號： (註 A)

1. 執業地點 (1) 名稱及地址 : _____
(註 B)

2. 執業地點 (2) 名稱及地址 :

3. 執業地點 (3) 名稱及地址 :

4. 執業地點 (4) 名稱及地址 :

5. 執業地點 (5) 名稱及地址 :

第 1 部分 — 銀行資料 (註 C)

銀行 分行

銀行帳戶號碼 (註 D 及 E)

銀行編號	分行編號
------	------

帳戶號碼

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

銀行帳戶英文名稱

[illegible][illegible]

第 2 部分 — 聲明

我 / 我們同意 —

1. 銀行向香港特別行政區政府(下稱「政府」)表示收到政府把任何款項存入上述帳戶的證明，足以代替我／我們收到政府有關款項的證明。

2. 我 / 我們在本表格內填報的任何資料，並不代表政府有責任把任何款項存入上述指明帳戶(下稱「帳戶」)，或把款項存入帳戶以支付我 / 我們任何一位政府可能要支付的任何款項。
3. 無論屬於何等理由，倘銀行未獲足夠資料確定收款的帳戶，以致有任何款項在未收到進一步資料之前暫停支付，政府並不負責我 / 我們在政府存款或嘗試存款時因帳戶未能如期收到款項所遭受的任何損失或不便。
4. 倘在申請表格第一部分列明登記的計劃下有政府多付款項的情況，我 / 我們各人承諾將多收的款項退回政府。

由 申請人填寫

由 醫療機構填

寫 公司印章

獲醫療機構 授權的認可簽署

簽名 _____

姓名(正楷) _____

香港身份證號碼 _____

電話號碼 _____ 日期 _____

獲授權簽署 人姓名(正楷) _____

職位 _____

電話號碼 _____ 日期 _____

附註

- A. 倘若申請人已通過醫健通(資助)系統提交資料，這編號可於系統中查閱。否則，申請人應把這欄留空。
- B. 如你不同的執業地點有個別的銀行戶口，請填寫個別表格。
- C. 在遞交本表格時，須附交一份顯示銀行帳戶全名和號碼的銀行信件(例如：銀行結算單)的副本。如銀行信件與申請人有關，該副本須由申請人核證為真實的副本。如銀行信件與醫療機構有關，該副本須由於「款項付予銀行授權書」第 2 部聲明中獲醫療機構授權的簽署人經核證為真實的副本。
- D. 在填寫第 1 部分時，切勿在一空格內填寫超過一個字或一個數字。倘因篇幅所限而未能在行末填寫一個完整的詞彙，須在下一行填上整個詞彙。
- E. 如未能確定銀行編號，請向有關銀行查詢。

有關收集個人資料的目的

收集資料的目的

1. 政府所獲得的個人資料，會用作下列一項或多項的用途：
 - (a) 處理有關登記申請表格第一部分列明的計劃的申請、付款，以及執行和監察申請表格第一部分列明的計劃；
 - (b) 作統計及研究用途；以及
 - (c) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 你在此表格上所提供的個人資料乃自願性質，如果你不提供充份的資料，我們可能無法處理你的申請。

資料轉交的類別

3. 根據上述第 1 段所述的目的，你所提供的個人資料，主要是供衛生署內部使用，但有需要時，也會轉交其他政府決策局和部門、各個專業監管管理局及委員會以及其他機構。

查閱個人資料

4. 根據個人資料（私隱）條例第 18 及 22 條以及附表 1 第 6 項保障資料原則，你有權要求查閱及更正你的個人資料，而進行查閱資料的要求，可能須收取費用。

查詢

5. 查詢有關所提供的個人資料，包括進行查閱及更正，可以向衛生署有關辦事處的人員提出：

註冊醫生：

九龍亞皆老街 147C 號二樓
項目管理及疫苗計劃科行政主任
電話號碼：2125 2125

其他專業的醫療服務提供者：

香港中環九如坊 1 號
中區健康院一樓
醫療券組行政主任
電話號碼：3582 4102