

仁安醫院有限公司
UNION MEDICAL CENTRE LIMITED

醫生費自動轉賬授權書
AUTOPAY AUTHORIZATION FORM FOR DOCTOR FEE

醫生姓名 : _____
Doctor Name

醫生編號 : _____
Doctor Code

戶口持有人姓名: _____
Name of Account Holder

商業登記證號碼 (如適用): _____
Business Registration Number (if applicable)
(註: 請寄回一份有效之商業登記證副本 Please return a valid copy of BR Cert.)

銀行名稱: _____
Name of Bank

分行名稱: _____
Branch

戶口類別: _____
Type of Account

戶口號碼: _____
Account Number (Bank Code - Branch Code - Account No.)
銀行號碼 分行號碼 戶口號碼

(註: 請寄回一份銀行戶口月結單副本以作核實。
Please return a copy of bank statement for verification.)

**簽名 Signature

日期 Date

****Please use the same signature as your personal record filed in our Hospital.**

**簽署模式應與閣下留存本院之個人資料相同。

Please return the completed form to the Accounts Department, Union Hospital, 18 Fu Kin Street, Tai Wai, Shatin.

請將填妥之醫生費自動轉賬授權書寄回仁安醫院會計部 - 沙田大圍富健街18號。

Fax Copy is not accepted.

傳真副本，恕不接受。