



台灣太赫茲健康產業有限公司

TW THZ Health Industry Co., Ltd.

地址：24208新北市新莊區中正路80-1號5樓

電話：(02) 8522-2227 傳真：

https://www.thztaiwan.com

台灣太赫茲健康產業有限公司會員即為多層次傳銷管理法第5條定義之「傳銷商」

DISTRIBUTOR ID

會員編號：★

Order center ID

報單中心編號：★

Distributor Application Form 會員申請暨合約書

★必填

Applicant Information 申請者資料

Applicant's full name 姓名 / Company Name 公司名稱

★

Company representative 公司負責人

ID No. 身分證號碼 / Company Reg. No 公司統一編號

★

Date of Birth 出生日期 Male 男 Female 女

★

Address 戶籍 / 公司登記地址

★

Address 通訊地址

★

Home No. 住宅電話

★

Office No. 公司電話

Mobile No. 手機電話

★

Email 電子郵件

★

Fax 傳真

★

Sponsor Information 推薦人資料

Sponsor's ID 推薦人會員編號

★

Sponsor's Name 推薦人姓名

★

Placement's ID 安置人會員編號 A區 B區

★

Placement's Name 安置人姓名

★

Applicant Bank Account Information 申請人銀行帳戶資料

Bank Name / Branch 銀行名稱 / 分行

★

Name 戶名

★

Bank Account No. 帳號

Applicant please submit photocopies of IC and Bank Account Book
申請者請附上身分證影本及銀行存摺影印本

★分行別	★科目	★帳號

☆ 身分證影本(正面)浮貼處

☆ 身分證影本(背面)浮貼處

☆ 存摺浮貼處

Terms of Agreement 合約條款

- 會員須年滿十八歲,年滿十六歲但未滿十八歲者應先取得法定代理人同意書,(可至本公司櫃檯索取「法定代理人同意書」)並檢附申請人及法定代理人身份證影印本,附於會員申請書。
- 本人已詳讀、瞭解「台灣太赫茲健康產業有限公司」之事業手冊、營業規章及相關法律條文且完全同意遵守其內容規範。
- 本人已詳讀、瞭解本申請書背頁所載明之經營協議條款及減損值率表。

Signature of Applicant 申請人簽名

Signature of Sponsor 推薦人簽名

★ _____ 年 月 日 ★

_____ 年 月 日

I hereby confirm and declare that all information given herein is true and correct. I shall be bound and abide by all the Company Rules and Regulations currently in force.

本人在此同意與確認上述資料完全無誤,並接受公司所列合約內容及授其約制。

FOR OFFICE USE

公司專用

公司收件章：

接收人：

資訊：

White - Company 第一聯公司留存(白)

Pink - Applicant 第二聯申請人留存(粉)