高雄市保險業務職業工會轉帳授權書

電話:(07)311-0055 傳真:(07)311-3322
地址：高雄市 807 三民區博愛一路 21 號

立授權書人　　(以下簡稱委託人)茲授權高雄市保險業務職業工會及中華郵政股份有限公司得自委託人之存款帳戶內進行轉帳付款作業，以支付本人及家屬之勞、健保費及工會費用。

本人欲取消或更改本授權書內容時，應以書面〈重新填寫本授權書〉通知保險工會。

此　致

高雄市保險業務職業工會
中華郵政股份有限公司

委託人簽章：　　印
中華民國　　年　　月　　日

□新辦理或變更(本授權書取代原內容)　□取消授權

帳戶戶名〈委託人姓名〉:	委託人身分證號碼										
	電話：(公)　　(宅) 行動電話：										

會員身分證字號		會員姓名	與委託人之關係
1.			□父母　□配偶　□子女　□兄弟姐妹
2.			□父母　□配偶　□子女　□兄弟姐妹
3.			□父母　□配偶　□子女　□兄弟姐妹

中華郵政存簿　局號：	帳號：

郵政存簿正面影本黏貼處

主管：　　經辦：　　受理章：