

廢牙冠捐贈同意書

依據衛生福利部於 101 年 12 月 20 日發布修正之「醫療事業廢棄物再利用管理辦法」，廢牙冠已列入醫療事業廢棄物，需有「廢牙冠(代碼：R-1309)」之檢核登記廠商才能合法清運再利用廢棄牙冠，請會員醫師務必特別注意，坊間無照廠商自行招攬回收廢牙冠之行為，恐有觸法之虞。

_____ (負責醫師姓名) 同意將 _____

(醫療院所名稱) 的廢棄牙冠捐贈給新北市牙醫師公會從事公益活動，並且同意新北市牙醫師公會提供診所負責醫師姓名、院所地址、電話給欣偉科技股份有限公司以作後續收取廢牙冠之聯繫作業，以利廠商在約定時間前往診所進行清運作業。

可回收清運時段 (請務必勾選)	<input type="checkbox"/> 周一	<input type="checkbox"/> 周二	<input type="checkbox"/> 周三	<input type="checkbox"/> 上午 10:00-12:00
	<input type="checkbox"/> 周四	<input type="checkbox"/> 周五		<input type="checkbox"/> 下午 14:00-17:00

注意事項：欣偉科技股份有限公司會事先電話約定清運時間，於前往清運時出示此份三方共同簽立的同意書與欣偉公司識別證，並開立保管單一式兩份供診所留存。

(診所大章)	(診所小章)	(公會大章)	(公會小章)	(欣偉大章)	(欣偉小章)

中 華 民 國 年 月 日

☆ 院所填寫、用印完畢後請傳真回公會 02-8961-3715 ☆