



會員申請表

中文姓名:		英文姓名:	
出生日期:	年 月 日	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號碼: ()
電話:	(手提) (住宅)	使用 whatsapp 接收資訊: <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	
地址:			
電郵地址:			持有殘疾証: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
其他障礙: <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 肢體殘疾 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 其他_____			
居住狀況: <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 宿舍(種類)_____ <input type="checkbox"/> 其他_____			
緊急聯絡人姓名:		關係:	電話:

私隱聲明

智天使有限公司將運用閣下的個人資料(包括閣下之姓名、電話號碼、電郵地址及通訊地址)，作通訊、處理個案、活動報名、發行收據、呼籲慈善捐款、收集意見、活動推廣及義工招募之用途。本會循此途徑收集之個人資料，除作上述用途之外，將不會以任何形式出售、租借及轉讓予任何人士或組織。資料當事人亦可隨時要求查閱及更改資料。如閣下反對本會將閣下的個人資料作上述之用途，請致電 2805 8844 聯絡本會職員，或在以下拒收聲明加上“X”號。在未有收到閣下通知反對使用閣下的個人資料作上述的用途前，本會將假設閣下不反對本會繼續使用閣下的個人資料作上述之用。

本人不同意「智天使」使用我的個人資料作上述用途

日期_____ 申請人簽署_____

(填妥表格後，可郵寄/傳真/電郵予本會，我們會於收到表格後的兩個工作天內聯絡閣下。)

此欄由本會填寫

會員編號：_____ 日期：_____

負責職員姓名：_____ 備註：_____