

# 臺北市寵物服務員職業工會入會申請書

編號：K \_\_\_\_\_

姓名														
	身份證統一編號													
生日	年	月	日	投保薪資	勞保薪資 (基本 23,100)					健保薪資 (基本 24,000)				
					23,100					24,000				
工作內容				工作地址										
會員電話	住家：			辦公室：			手機：							
戶籍地址														
繳費單	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]													
寄送地址														
E-mail								殘障補助： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 懷孕： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 月						
連絡人	親友姓名：			電話：			關係：							
<b>聲 明 書</b>														
<p>本人確實從事寵物訓練、美容、清潔、醫療、照顧之相關服務工作之勞工，自願加入貴會為會員並參加屬於(社會福利之勞、健保)，其生效日期以勞保局核定之日期為準。願遵守貴會一切規章暨勞工保險條例等規定，且按時繳納勞、健保費及會費，嗣後如經相關單位清查有違反法規之情事，因而被拒絕勞保給付或取消投保資格，致發生訴訟事件時，同意以台北地方法院為唯一管轄權，並願負擔一切相關賠償責任，特此聲明。</p> <p>※本人同意所提供個人資料限工會辦理勞、健保暨工會會務使用。</p> <p>※願意配合勞、健保局等單位，提供相關證明。</p> <p>※若地址、電話變動時，務請通知工會更改，以免未收到相關資料有損自身權益。</p>														
此致 臺北市寵物服務員職業工會														
立書人： _____ (簽名)														
中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日														
加保日			生效日			理事會審核			備註					

◎本人請注意加保當日須未住院、未出國且確實從事本業。

◎如有眷屬依附健保，需附身份證或戶口名簿影本。

◎加保請於上班時間早上 8:30-12:00 下午 13:00-15:00 前辦理。

ATM 轉帳→台灣銀行代號：004，工會帳號：91520+本人身份證英文代碼+數字後九碼

◎英文代碼對照表如下： \_\_\_\_\_ (共 16 碼) \_\_\_\_\_

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

會址：(10041)台北市忠孝西路一段 50 號 13 樓之 41

洽詢電話：(02)2361-0869 傳真：(02)2370-0598

網址：<http://pet.org.tw> 電子信箱：[bs99.org@msa.hinet.net](mailto:bs99.org@msa.hinet.net)