

附件

同 意 書

本人 _____ 已瞭解有關花蓮慈濟醫院所提供之醫指付 APP 及自助繳費機等多元繳費方式實施措施，且知悉貴處為服務花蓮地區榮民眷之健康照顧所做的努力，此一嘉惠便民之服務措施（日後若有前往該院看診之需求，可縮短櫃臺等候人工批價的時間），本人深表認同，茲同意下列事項：

本人姓名及國民身分證統一編號等個人資料，同意貴處提供該院多元繳費建檔之用，且所提供之個資僅作為該院醫療優惠對象判讀之依據，除此之外不作其他用途使用。

此致
花蓮縣榮民服務處

立同意書人： (簽章)
國民身分證統一編號：
聯絡電話：
聯絡地址：

中華民國 年 月 日