



香港視神經脊髓炎協會有限公司
Hong Kong Neuromyelitis Optica Association Company Limited
附屬會員申請表

申請人姓名: _____ (中) _____ (英)

出生日期: _____ 性別: _____ 身份證號碼: _____

地址: _____

聯絡電話: _____ 手提電話: _____

電子郵箱: _____ 職業: _____

個人資料收集聲明

- (1) 香港視神經脊髓炎協會（下稱本會）按《個人資料（私隱）條例》，確保儲存的個人資料準確、獲適當處理及嚴守保密原則並妥善儲存，並依照在收集資料時所說明的目的使用該等資料。
- (2) 本會收集你的個人資料用途: 提供與服務有關的通訊、發出收據、收集意見、舉辦活動、教育課程和研究用途等。你向本會提供個人資料純屬自願，如你未能提供足夠個人資料，本會可能無法有效處理你的申請或提供服務。
- (3) 本會可能使用你的個人資料，作為日後本會活動推廣及服務策劃之用。你可以透過電話/ 電郵/ 郵遞方式，向本會查閱/更新/要求停止使用你的個人資料，費用全免。

電話: 56850837 電郵: contact@nmohk.com

本人已年滿 18 歲，同意協會之代表就關於協會工作及活動聯絡本人，本人明白協會為註冊非牟利自助組織，並同意遵守會章。入會申請須經理事會審議及批准，會籍方行生效

申請人簽署: _____ 日期: _____

(請填妥申請表後 whatsapp 或電郵給我們 Whatsapp: 56850837 email: contact@nmohk.com)