

112 年戒菸服務特約機構續約 繳交文件檢核表

機構名稱：_____

機構代碼：_____

序號	繳交之文件	機構自我檢核 備齊請打勾
1	戒菸服務補助計畫契約書 2 份 請使用 A4 白紙列印，勿使用連續報表紙。	必備
2	已於兩份契約書封面右上方填寫機構代碼	必備
3	已於兩份契約書第一頁填寫機構名稱	必備
4	已於兩份契約書末頁確實填寫機構名稱、機構地址及機構電話(日期請勿填寫)	必備
5	已於兩份契約書末頁蓋上機構大章及機構負責人私章 (公立機構請加蓋小官章)	必備

確認無誤後請留下承辦人聯絡資訊，請將**本表**連同契約書**2 份**以掛號寄回「衛生福利國民健康署」，地址：103205 臺北市大同區塔城街 36 號，並於信封上註記「戒菸服務機構合約」。
(承辦人聯絡資訊請填寫當資料有誤或需補件時，可協助處理之人員)

機構承辦人員姓名：_____

聯絡電話：_____

機構代碼

衛生福利部國民健康署
戒菸服務補助計畫契約書

封面：請於右上角填寫機構代碼

填寫機構名稱，如有塗改請加蓋負責人私章

衛生福利部國民健康署戒菸服務補助計畫
契約書

衛生福利部國民健康署（以下稱甲方）為辦理戒菸服務補助計畫（以下稱本計畫），特約_____（以下稱乙方）為戒菸服務特約機構（戒菸服務特約醫療機構或戒菸服務特約藥局），雙方約定如下：

第一頁：請填寫機構名稱

第十九條 本契約未規定事項，依各有關衛生法令之規定；本契約之修正，必要時，得以附約或換文方式為之。

第二十條 本契約一式二份，雙方各持一份。

立契約人

甲方：衛生福利部國民健康署

代表人：

地 址：臺北市大同區塔城街 36 號

電 話：(02)2522-0888

填寫機構名稱並蓋上機構大章

乙方： 戒菸服務特約機構(蓋章)

蓋上負責人私章

代表人：

填寫機構代表人姓名

公立機關家蓋小官章，其他機構免填

地 址：

務必填寫機構地址及電話，以利聯繫

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

日期不用填
此處日期為本署收件日

末頁：請填寫機構名稱與負責人

並用印