

身心障礙者醫療輔具買賣保固切結書

立切結書廠商_____確實於_____年_____月_____日售予_____

君下列醫療輔具，如有不實，願負一切法律責任。同時，所銷售醫療輔具符合臺東縣衛生局核定之項目，經檢測若有不符，願配合改善或更換。

輔具名稱：_____

廠牌：_____

型號：_____（請註明：右側/左側/雙側）

序號：_____

規格與配件（皆需依各補助項目載明規格或功能規範）：

醫療器材查驗登記字號：_____

保固起訖日期：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止

售價計新臺幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整

此致

臺東縣衛生局

售出單位（公司行號）：_____（請蓋章）

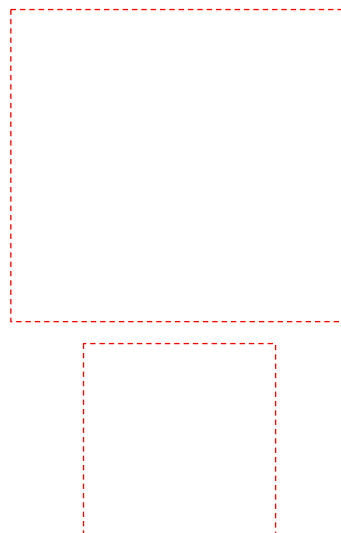
負責人：_____（請蓋章）

營利事業統一編號：_____

營業所地址：_____

電話號碼：_____

（上表請填具詳細完整）



中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日