

愛盲基金會白手杖申請單

申請日期： 年 月 日

- 一、視障者姓名：
- 二、身分證字號：
- 三、聯絡電話：
- 四、寄送地址：
- 五、視障者身高： cm 或請領**手杖尺寸** **cm** (必填)
- 六、身心障礙證明/手冊正反面影印本請黏貼於下方：

(黏貼處)	(黏貼處)
-------	-------

- 七、代領人姓名/單位名稱：
- 八、代領人身分證字號：
- 九、代領人/單位電話：

個人資料使用聲明：

財團法人愛盲基金會，向您蒐集之個人資料；包含個人姓名、公司名稱、職稱、地址、電話及電子郵件地址等，得以直接或間接識別個人的相關資訊，將僅限使用於愛盲基金會合於營業登記項目或章程所載之目的事業，依公益勸募條例業務需要之客戶管理、募款及營業範圍內相關服務使用，並遵守「個人資料保護法」之規定**妥善保護您的個人資料**。

於此前提下，您同意愛盲基金會得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務，並得於愛盲基金會之營運地區向您提供服務活動資訊，但您仍可依法律規定之相關個人資料權利主張如下事項：**查詢、閱覽、複製、補充、更正、處理、利用及刪除**，請於上班時間以電話或電子郵件向愛盲基金會聯繫。**電話：02-2361-6663；Mail：eyelove@tfb.org.tw**。您亦可拒絕提供相關之個人資料，惟可能無法及時享有愛盲基金會提供之相關活動與獲取各項資訊之權利。

我同意 授權_____ (代領人/單位名)轉送本人資料給予愛盲基金會為本人代領手杖。

我同意 提供個人資料給愛盲基金會於本活動中使用。

我同意將個人資料提供給愛盲基金會於相關活動通知使用。 是 否

簽章(或手印)： _____