

資料轉移同意書範本

本人 1) _____ ,

澳門居民身份證編號 2) _____ , 聯絡電話 3) _____ ,

現 同 意 衛 生 局 及 醫 療 專 業 委 員 會 透 過 本 人 的 聘 用 實 體

4) _____ 收集及處理有關本人的文件及

資料，以便衛生局及醫療專業委員會跟進第 18/2020 號法律《醫療人員專業資格及執

業註冊制度》之相關工作。

5) _____

6) _____ 年 _____ 月 _____ 日

填寫指引：

- 1) 申請人姓名
- 2) 澳門居民身份證編號
- 3) 本澳聯絡電話號碼
- 4) 聘用實體名稱
- 5) 申請人簽名 (須與身份證明文件上之簽名式樣相符)
- 6) 簽名日期