

長庚藥品物流股份有限公司

供應商基本資料表

供應商代號：

* 供應商名稱：		
* 發票地址：	* 郵遞區號：	
* 連絡地址：	* 郵遞區號：	
* 電話號碼：	* 傳真號碼：	
* 負責人姓名：	* 統一編號：	
* 採購姓名：	* 連絡人手機：	* 連絡人 Mail：
* 收款條件： <input type="checkbox"/> 週結 _____ 天； <input type="checkbox"/> 月結 _____ 天 收款折扣方式： * 單筆最低出貨金額： * 退貨條件：		
* 收款方式 (限選一種)： <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 匯款 匯款 銀行名稱：_____ 銀行 _____ 分行； 銀行代號：___ ___ ___ ；分行代號：___ ___ ___ ___ ；銀行帳號：_____		
匯款戶名： <input type="checkbox"/> 同上述供應商名稱 <input type="checkbox"/> _____		
管證字號： _____		
EPC 內部註記： 採購人員：_____ 供應商建檔日：_____ 年 _____ 月 _____ 日		
備註說明： 1. * 星號註記部分，請務必填寫；填寫後請傳真至 0800-666390 或 e-mail: service@everhealth.com.tw 2. 若選擇的收款方式為匯款，請提供 存摺影本 長庚藥品物流的標準付款方式為：月結 30 天匯款		

* 資料表填寫人：

* 填表日期： 年 月 日