

參與醫療券計劃的已登記醫療服務提供者
更改資料表格

(請於填寫此表格前參閱「表格須知」)

致：醫療券事務科

(傳真：3582 4115 或 電郵：hcvd@dh.gov.hk)

已登記醫療服務提供者的現有資料

姓名：

香港身份證號碼：

(服務提供者號碼：)

醫療機構名稱：

更改項目－只需填寫有關部分 (請以「✓」標示擬更改的資料)

甲、 已登記醫療服務提供者個人資料：

☐ 通訊地址 (中文)：

(英文)：

☐ 電郵地址：

☐ 日間聯絡電話號碼：

☐ 傳真號碼：

乙、 醫療機構資料：

☐ 通訊地址 (中文)：

(英文)：

☐ 電郵地址：

☐ 日間聯絡電話號碼：

☐ 傳真號碼：

丙、 執業地點資料：

☐ (i) 刪除以下已登記執業地點

執業地點名稱 (中文)：

(英文)：

執業地點地址 (中文)：

(英文)：

刪除原因 (選填)：

刪除此執業地點已登記的計劃／項目：

☐ 醫療券計劃

☐ 基層醫療指南

丙、 執業地點資料：

☐ (ii) 新增以下執業地點

[註：如涉及新指定的銀行帳戶，請填寫一份「[款項付予銀行授權書](#)」(附錄 B)，並以郵寄方式提供證明文件。]

執業地點名稱（中文）：

（英文）：

執業地點地址（中文）：

（英文）：

執業地點電話號碼：

☐ 請郵寄智能身份證讀卡器至新增的執業地點。

新增此執業地點於下列計劃／項目（只適用於已登記的計劃／項目）：

☐ 醫療券計劃

☐ 基層醫療指南（非政府機構／私營／大學^{##}）

^{##} 請圈出合適的選項

丁、 銀行帳戶資料：

☐ 更新銀行帳戶資料

[註：請提供已填妥的「[款項付予銀行授權書](#)」(附錄 B)，並以郵寄方式提供證明文件。]

戊、 退出計劃：

☐ 醫療券計劃

☐ 基層醫療指南

退出計劃原因（選填）：☐ 離職 ☐ 退休 ☐ 其他：_____

已登記醫療服務提供者簽署

公司印章及獲醫療機構授權的認可簽署

姓名（正楷）

獲授權簽署人姓名（正楷）

日期：_____

日期：_____

表格須知

1. 本表格並不適用於更改已登記醫療服務提供者的姓名、香港身份證號碼、專業資料、醫療機構或申請任何未參加的計劃／項目。如需更改上述資料，請重新提交申請表格。（請瀏覽醫療券計劃網頁 www.hcv.gov.hk 以獲取更多相關資料。）
2. 請隨同本表格附上所需證明文件，如公共事務單據、銀行信件或有效的商業登記證明書。
3. 醫療券計劃網頁上的**已登記醫療服務提供者名單**上會展示已登記醫療服務提供者的姓名、執業地址及執業地點電話。
4. 請將填妥的更改資料表格，連同香港身份證副本及相關證明文件（如相關地址證明文件）郵寄、傳真或電郵至衛生署轄下醫療券事務科辦事處：

地址：九龍觀塘巧明街 100 號

安盛金融大樓 9 樓 901-4 室

傳真：3582 4115

電郵：hcvd@dh.gov.hk

請注意：所有提交的證明文件均不會退還予申請人。

有關收集個人資料的目的

收集資料的目的

1. 衛生署（就醫療券計劃）及/或醫務衛生局（就基層醫療指南）所獲得的個人資料，會用作下列一項或多項的用途：
 - (a) 處理此表格列明的計劃／項目的申請、付款，以及執行和監察；
 - (b) 推廣基層醫療的政府項目；
 - (c) 作統計及研究用途；以及
 - (d) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 在此申請表格上提供個人資料乃自願性質，如果你不提供充份的資料，我們可能無法處理你的申請。

資料轉交的類別

3. 根據上述第 1 段所述的目的，你所提供的個人資料，主要是供衛生署（就醫療券計劃）及/或醫務衛生局（就基層醫療指南）作內部使用，但如有需要時也可能會被披露予其他政府決策局和部門、有關的各專業規管管理局及委員會、政府認可醫療專業註冊計劃認可的有關醫療專業團體以及其他機構。

查閱個人資料

4. 根據個人資料（私隱）條例第 18 及 22 條以及附表 1 第 6 項原則，你有權要求查閱及更正你的個人資料，而進行查閱資料的要求，可能須收取費用。

查詢

5. 有關查詢所提供的個人資料，包括進行查閱及更正，應向下列相關辦事處提出：

衛生署醫療券事務科

衛生署醫療券事務科行政主任

地址：九龍觀塘巧明街 100 號安盛金融大樓 9 樓 901-4 室

電話號碼：3582 4102

傳真：3582 4115

電郵：hcvd@dh.gov.hk

醫務衛生局基層醫療署

行政主任(基層醫療署)1A

地址：香港黃竹坑業勤街 23 號 THE HUB 11 樓

電話號碼：2205 1855

傳真：2556 2638

電郵：phcc@healthbureau.gov.hk