

# 2021 年 Motiva 乳癌病友重建計畫

## 接受補助資格確認書

本人\_\_\_\_\_，同意參加「2021 年 Motiva 乳癌病友重建計畫」，並且經過  
\_\_\_\_\_審核通過補助資格，且同意下列權利及義務。

本人確認接受補助並同意以下聲明，願遵守並自負一切責任：

1. 補助物資為 Motiva 台灣總代理沃醫學股份有限公司提供乳癌乳房重建所需之“波力媚愛格爾乳房植入物”，補助數量由主治醫師專業評估，至少一顆、最多兩顆。
2. 除非因為不可抗拒等重大事故，一旦簽署本書即不得以其他理由放棄補助資格或擅自變更補助對象。
3. 補助資格不得以任何理由要求延後或申請保留，若無法於規定時程完成乳癌重建手術，本年度補助資格隨即取消。
4. 本人確認符合「2021 年乳房植入物重建醫療補助辦法」之各項規定，並聲明所提供之一切資料均屬真實正確，違者，本人願自負一切法律責任，並願對 Motiva 台灣總代理沃醫學股份有限公司所受之一切損害負賠償之責。
5. 本人願意在重建手術後配合繳交 300 或以上字心得，並同意於重建手術後一個月內接受 Motiva 台灣總代理沃醫學股份有限公司安排的新聞採訪，並同意 Motiva 台灣總代理沃醫學股份有限公司得將本人之採訪內容以電子新聞文章方式曝光(以匿名方式進行、不會透漏個人資訊。 )。

此致

Motiva 台灣總代理  
沃醫學股份有限公司

立同意書人：

(簽名)

立書日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

連絡電話：

身分證字號：

# 2021 年 Motiva 乳癌病友重建計畫

## 受補助人回填資料

填表日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

受補助人資訊	姓名	
	出生日期	民國____年____月____日
	身分證字號	
	連絡電話-1	
	連絡電話-2	
	E-mail 信箱	
	承辦單位	<input type="checkbox"/> 乳癌防治基金會 <input type="checkbox"/> 社團法人中華民國乳癌病友協會
手術資訊	重建部位	<input type="checkbox"/> 左側乳房 <input type="checkbox"/> 右側乳房
	手術醫院	
	主治醫師姓名	

### 個人資料蒐集、處理及利用之告知暨同意書

Motiva 台灣總代理沃醫學股份有限公司(下稱本公司)遵守個人資料保護法等相關法律，針對您所提供之個人資料之蒐集、處理及利用，依法告知您下列事項：

#### 1. 蒐集之目的：

本公司基於辦理本公司 2021 年 Motiva 乳癌病友重建計畫作業、配合承辦單位相關補助作業等特定目的，而蒐集、處理及利用您的個人資料。

#### 2. 個人資料之類別：

例如：姓名、身分證字號、聯絡方式等，詳如本公司「2021 年 Motiva 乳癌病友重建計畫受補助人回填資料」所列內容、您向承辦單位提供之補助申請書所列內容及申請時所檢附文件等。

3. 個人資料蒐集處理之期間、方式、地區及對象：

(1)期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、依相關法令規定或契約約定之保存年限、本公司因執行業務所必須之保存期間。

(2)方式：符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式，包括但不限於建檔、揭露、轉介、處理或為其他合理使用。

(3)地區：台灣、金門、澎湖、馬祖地區。

(4)對象：本公司、承辦單位、手術醫院。

4. 除法令另有規定外，您得向本公司行使之權利及方式：

(1)查詢或請求閱覽您個人資料。(2)請求製給您個人資料之複製本。(3)請求補充或更正您個人資料。(4)請求停止蒐集、處理您個人資料。(5)請求刪除您個人資料。

5. 您有權選擇是否提供個人資料予本公司，若您不同意本公司蒐集、處理及利用您的個人資料，基於補助業務之執行，本公司將無法提供您相關補助，尚祈見諒。

**個人資料之同意提供：**

**一、本人已充分知悉貴處上述告知事項。**

**二、本人同意貴協會蒐集、處理、利用本人之個人資料。**

立同意書人簽名： \_\_\_\_\_

法定代理人/監護人或輔助人簽名： \_\_\_\_\_