

領據

茲領到臺北市政府衛生局 臺北市醫療院所暨藥局智慧用電補助計畫之補助經費

計新臺幣____佰____拾____萬____仟____佰____拾____元整無訛(金額大寫，請用零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)，業經收訖立據為憑。

此 據

臺北市政府衛生局

單 位： (簽章)

負 責 人： (簽章)

統一編號：

地 址：

聯絡電話：

撥款帳戶之金融機構/分行/帳號：

中華民國 年 月 日