

## 輸入食品、藥物代理報驗授權書

登記編號：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

茲授權\_\_\_\_\_代理本公司申請報驗、複驗，領取輸入許可通知、不符合通知書、具結先行放行通知書，以及領取餘存樣品。

代理期間：☐代理\_\_\_\_\_批報驗產品為限；☐代理自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日迄\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止。

代理人願遵照法令規定處理，並負責切實履行義務，如有違背政府法令及查驗法規情事，本公司願負法律上一切責任。

此致

衛生福利部食品藥物管理署

|             |       |  |                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------|-------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 授<br>權<br>人 | 授權人名稱 |  | 簽 章                                                                                                                                                                                       |  |
|             | 地 址   |  | 檢附證明文件影本（五者擇其一）<br><input type="checkbox"/> 營利事業登記證 <input type="checkbox"/> 公司登記證明文件<br><input type="checkbox"/> 工商憑證 <input type="checkbox"/> 身份證明文件<br><input type="checkbox"/> 其他證明文件 |  |
|             | 負責人姓名 |  | 簽 章                                                                                                                                                                                       |  |
|             | 電 話   |  | 傳 真                                                                                                                                                                                       |  |
| 代<br>理<br>人 | 代理人名稱 |  | 簽 章                                                                                                                                                                                       |  |
|             | 地 址   |  | 檢附證明文件影本（五者擇其一）<br><input type="checkbox"/> 營利事業登記證 <input type="checkbox"/> 公司登記證明文件<br><input type="checkbox"/> 工商憑證 <input type="checkbox"/> 身份證明文件<br><input type="checkbox"/> 其他證明文件 |  |
|             | 負責人姓名 |  | 簽 章                                                                                                                                                                                       |  |
|             | 電 話   |  | 傳 真                                                                                                                                                                                       |  |

|             |                                                                                                                      |     |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 查驗機關<br>審 核 | 承 辦 人                                                                                                                | 科 長 |
|             |                                                                                                                      |     |
| 備 註         | 1. 由授權人及代理人填妥後，送查驗機關審核。<br>2. 您瞭解並同意衛生福利部食品藥物管理署為辦理食品(或藥物)輸入查驗業務，蒐集您於本資料表載列之資料，本署會妥善保存您的資料，除上述目的，不會將這些資料提供予第三人或挪為他用。 |     |