

芹慧中心
六藝®健腦興趣班：椅子瑜珈班
報名表

長者姓名：_____ 性別/年齡：_____ / _____

照顧者姓名：_____ 與長者關係：_____

聯絡電話：_____

個人資料收集聲明：

本人於提供上述資料予香港認知障礙症協會(下稱協會)前，已細閱該會的「個人資料收集聲明」，明白並同意相關內容。另外，協會就本人提供上述資料將有可能作下列用途，本人的意願如下：

同意 / 不同意協會使用我的個人資料作發送該會服務及教育資訊之用。

同意 / 不同意協會使用我的個人資料作籌款推廣之用。

簽署：_____ 姓名：_____

日期：_____

需交費用：

全期\$1,920 (1位長者 + 1位照顧者)

每節\$160/位x _____ 節，共\$_____

付費方法：

銀行入帳存根正本

直接存入滙豐銀行 004-809-352867-001

請將填妥之表格及費用交回：

香港灣仔皇后大道東282號鄧肇堅醫院一樓

香港認知障礙症協會芹慧中心