



HAPPY
VALENTINE
DAY

Plan A

1314婚前驗身計劃 (原價: \$850)

- ♥ 節日限定價: \$698 1人
- ♥ 二人同行價: \$1,314 2人

Plan B

HPV疫苗注射計劃(共3針) (原價: \$3,000)

- ♥ 節日限定價: \$2,688 1人
- ♥ 二人同行價: \$5,288 2人

特別優惠: 加\$450 即可同時接受
超薄柏氏抹片檢查 或 前列腺特異抗原檢測

 查詢及預約熱線 : 2736 2595

優惠期至2015年2月28日 (成功登記後3個月內有效)

自費身體檢查申請表格
優惠期: 2015年2月1日至2015年2月28日
(成功登記後3個月內有效)

Please complete in **BLOCK LETTERS** in the Enrollment Form. 請用英文正楷填妥報名表格

PERSONAL DETAILS 個人資料

Name _____ HKID No.: _____
姓名: _____ 香港身份證號碼: _____
Address: _____ Tel. No.: _____
地址: _____ 電話: _____
E-mail address _____
電郵地址: _____

Female 女士

- Complete Blood Count 血全圖
- HB Pattern 地中海貧血測試
- ABO Grouping & Rh (D) 血型及 Rh-D 因子
- Hepatitis B Antigen 乙型肝炎表面抗原
- HIV 愛滋病毒
- Urine Routine 小便常規
- Rubella Antibody (Female Only) 德國麻疹抗體 (女性)
- Lab Report 化驗報告

1314 婚前驗身計劃 \$698 (1人)

1314 婚前驗身計劃 \$1,314 (2人)

Male 男士

- Complete Blood Count 血全圖
- HB Pattern 地中海貧血測試
- ABO Grouping & Rh (D) 血型及 Rh-D 因子
- Hepatitis B Antigen 乙型肝炎表面抗原
- HIV 愛滋病毒
- Urine Routine 小便常規
- Seminal Analysis (Male Only) 精液常規 (男性)
- Lab Report 化驗報告

HPV vaccine 子宮頸癌疫苗 (3 doses 針)

HPV 疫苗注射計劃 (共3針) \$2,688 (1人)

HPV 疫苗注射計劃 (共3針) \$5,288 (2人)

附加項目

帕氏子宮頸抹片測試 (只適用於女士) HK\$450

前列腺特異抗原檢測 (只適用於男士) HK\$450

PAYMENT METHOD 付款方法

Credit Card payment 信用卡 Visa 咭 Master 萬事達咭 HK\$港幣 _____
Cardholder's Name 持咭人姓名 _____
Credit Card No 信用卡賬戶號碼 _____ Expiry Date 有效期至 _____
Credit Card Signature 信用卡簽署: _____

* I would like to enrol myself/ my dependent(s) listed above for the medical checkup and/or vaccination program provided by Health Maintenance Medical Practice Ltd. (HMMP Ltd.). I hereby acknowledge that the information which I am required to provide in this application is voluntary. I also understand the above information will only be used by HMMP Ltd., its clinic network and its administrative company for providing medical services to the above participant(s). I warrant that the above information is true, correct and complete. I further authorize HMMP Ltd. to verify any of the above information with any source. *本人/家屬同意參加由維健醫務有限公司提供的身體檢查及/或疫苗注射計劃。本人茲聲明本人為此申請所提供之資料乃出於自願，本人同意維健醫務有限公司及其他診所網絡，及其行政公司可使用以上各項資料，作為其服務之用途。本人保證上述各項資料正確無誤及受權核對一切資料。

Signature*
簽署: _____

Date
日期: _____

APPLICATION PROCEDURE 申請方法

1. Please complete the Enrolment Form in **BLOCK LETTER**. 請用英文正楷填妥報名表格。
2. If you pay by Credit Card, please fax the completed form to 2302 0500 or email to enroll@hmmp.com.hk Please contact us at 2302 0418 for confirmation after fax (If returned by fax or email, please **DO NOT** mail to avoid duplication).
若閣下選用信用卡付款，請把填妥之表格傳真至 2302 0500 或電郵致 enroll@hmmp.com.hk。請於傳真後致電 2302 0418 確認 (如已傳真或電郵，請勿郵寄，以免重覆)。
3. HMMP Ltd. will contact successful applicants directly to make appointment and explain the arrangement.
維健醫務的職員將會直接聯絡申請者預約服務時間及解釋有關安排。
For any enquiry, please call at 2302 0418. 如有任何查詢，請電 2302 0418