

双美生技認證注射醫師實操同意書

為推動双美膠原蛋白植入劑的發展，本人（姓名）_____手機號碼_____，

認同双美膠原蛋白價值理念及秉持醫學專業，用理性、人性化對待求美者或患者，並同意以下條款，若違反，將自動放棄「双美認證醫師」資格，特此證明。

1. 出現嚴重醫療事故或投訴者。

例如：注射技術或溝通原因造成事故或投訴，或發生以退款或賠償方式解決的事故。

2. 因醫療道德或其他原因，被醫療院所辭退（非正常原因離職者）。

3. 無法配合双美生技原廠作業流程，例如：客戶回診追蹤、如實填寫並回收双美生技客戶檔案及客戶資料調查等。

4. 不論何種原因，使用非正常管道產品或仿冒品者。

申請人（親筆簽名）：_____

日期：_____年_____月_____日