



Collection Form

日期 :
Date (yyyy/mm/dd)

公司名稱
Company Name : _____
聯絡人
Contact Person : _____
電話
Tel : _____ 傳真
Fax : _____
電子地址
E-Mail Address : _____
郵寄地址
Mailing Address : _____
收集地址
Collection Address : _____

Collection Contents

收集日期 / 時間
Collection Date / Time: _____

| 項目 Item | 回收產品 Collection Product | 數量 Qty. | 重量(公斤) Weight(Kg.) | 備註 Note |
|---------------|----------------------------|------------|-----------------------|------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| Total: | | | | |

Customer:

For and behalf of
Odin Professional Services Co. Ltd

查詢 / ENQUIRY: **3157 6688**

傳真 / FAX: **3017 7113**

Staff only

Receipt date:

Collection date:

Customer Signature & Co. Chop

Authorized Signature