**安徽省医疗器械行业协会理事推荐（自荐）表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称\* | |  | | | | | | | | | | | | |
| 法人代表\* | |  | 职务\* |  | | 手机\* | |  | | | | | 邮箱\* |  |
| 联系人\* | |  | 职务\* |  | | 手机\* | |  | | | | | 邮箱\* |  |
| 联系人 | |  | 职务 |  | | 手机 | |  | | | | | 邮箱 |  |
| 联系人 | |  | 职务 |  | | 手机 | |  | | | | | 邮箱 |  |
| 单位地址\* | |  | | | | | | | | | | | 邮编 |  |
| **理事会任职信息**  **（原则上要求单位主要负责人任职）** | | | | | | | | | | | | | | |
| 拟任理事代表人姓名\* | | |  | | 单位职务\* | | | |  | | 联系电话\* | | |  |
| 政治面貌\* |  | | 性别\* | |  | | 民族\* | | |  | 出生年月\* | | |  |
| 其他社会职务\* | | |  | | | | | | | | | | | |
| 主要工作经历\* |  | | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | | |
| **说明：**  一、申请条件：      1.应符合理事任职条件，在行业内具有一定影响力和知名度；  2.应热心协会工作，积极参加协会活动，认真履行理事义务，按规定交纳会费；      3.拟升级协会职务的申请者只可逐级申请；    二、协会秘书处将根据申请单位的资质、社会诚信度、行业影响力和知名度、参与协会活动、履行会员义务情况、申请数量及各级职务比例等，提出推荐名单，经换届工作领导小组研究后提交理事会审议，再按程序报批实施。  三、标有“\*”的为必填项，请您认真准确填写。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **对协会新一届理事会工作的意见和建议（可另附文）** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 填表人\*： 联系电话\*： | | | | | | | | | | | | 填表日期\*： | | |

秘书处联系人：施超18656636106，邮箱：ahamdi@126.com