附件：

安徽省医疗器械行业协会团体会员入会申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | 地址 |  | | |
| 电 话 |  | 邮编 |  | | 单位性质 |  | |
| 法人姓名 |  | | | | 手机 |  | |
| 负责人姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  | 手 机 |  |
| 联系人姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  | 手 机 |  |
| 统一社会信用代码 |  | | | | 注册资金 |  | |
| 上年度销售额 |  | | 利润 |  | | 职工人数 |  |
| 纳税额 |  | | 净值 |  | | 传 真 |  |
| 生产/经营许可证号 |  | | | | QQ号 |  | |
| 单位网址 |  | | | | 邮箱 |  | |
| 生产、经营范围：（按《医疗器械生产许可证》《医疗器械经营许可证》核定范围填写，非生产/经营企业请填写主要从事业务） | | | | | | | |
| 是否愿意在会员大会上被推选为： □理事、 □常务理事、 □副会长单位 （在□内打√表示同意） | | | | | | | |
| 申报单位申请意见：  **我单位自愿参加安徽省医疗器械行业协会，并愿履行协会章程所规定的权利、职责和义务。特此申请。**  单位签章：  法定代表人签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 协会审批意见：  审批人： 年 月 日 | | | | | | | |

注：1、单位性质一栏可填国有、集体、民营、股份、合资、事业、其它等；

2、填报单位需提供营业执照、生产/许可证和注册证和盖章申请表扫描电子档发至协会邮箱；

3、联系人：聂静 64658737， 邮箱：ahamdi@126.com。