**4、中国医学装备协会**

**医疗零部件分委会（事业单位）申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 | | |  | | | | | | 单位人数 |  |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | 邮 编 |  |
| 代表人 | 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | | 出 生日 期 |  |
| 职 务  职 称 | |  | | 手 机 |  | | | 邮 箱 |  |
| 联系  人 | 姓 名 | |  | | 电 话 |  | | | 邮 箱 |  |
| 职 务  职 称 | |  | | 手 机 |  | | |
| 单  位  简  介 | |  | | | | | | | | |
| 会员类型 | | | | 普通会员 **□** 理 事 **□** 常务理事 **□** | | | | | | |
| 单  位  意  见 | | 单 位(签章)  年 月 日 | | | | | 协  会  意  见 | 签 章  年 月 日 | | |

**入会条件：**赞同协会的章程，愿意参加本会活动，按时缴纳会费，支持本会工作的相关企业，填写附件基本信息表并提供具有法人资格的相关资质材料（工商行政部门核发的营业执照、生产经营许可证、产品注册证）复印件并加盖公章，经本会审核可发展为企业单位会员。

**地 址**：北京市西城区广安门外大街甲397号 邮 编：100055

**联系人：**周学良 手机：15811014658 回执邮箱：[itei.cn@vip.163.com](mailto:itei.cn@vip.163.com)

李玉敏手机：13701189033 回执邮箱：lym@tc124.com