NO：\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_

**加入联盟申请表**

**申请单位名称：**

**填报日期：**

长沙市药物评价产业技术创新战略联盟

秘书处

**填 表 说 明**

1. 为加强规范管理，凡是加入长沙市药物评价产业技术创新战略联盟的组织都应填写此表。
2. 提交表格时要详细填写单位情况（单位名称、负责人职务及姓名、住所、邮编、手机号码、传真、电子邮箱等）。
3. 表格**一式贰份**，**双面打印**盖章，由联盟秘书处存留。
4. 填写表格本着诚实守信原则，不得弄虚作假，并严格遵守保密规定，一经发现，违反者取消申请加入资格。

、

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 名 称 |  | | | | |
| 成 立 时 间 |  | | | 注册资金 |  |
| 上级主管单位 |  | | | 规模人数 |  |
| 单 位 类 型 | 国有□ 民营□ 中外合资□ 外商独资□ 其它□ | | | | |
| 办 公 地 址 |  | | | | |
| 联 系 电 话 |  | | | 邮政编码 |  |
| 邮 箱 |  | | | 传 真 |  |
| 单 位 负 责 人 | 姓 名 | |  | 联系电话 |  |
| 邮 箱 | |  | 传 真 |  |
| 工作单位  及职务 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | |
| 联 系 人 | 姓 名 | |  | 联系电话 |  |
| 邮 箱 | |  | 传 真 |  |
| 工作单位  及职务 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | |
| 单 位 相关资质 | | 另需提供以下资料：  1、医疗机构执业许可证  2、医院简介及logo源文件（电子档）  注：第1点需加盖公章 | | | |
| 单 位 主营业务及优势技术 | |  | | | |
| 单位申请 | | 本单位自愿加入药物评价产业技术创新战略联盟，拥护联盟章程，遵守有关协议内容，履行成员单位义务，积极参加联盟活动，共同致力于推动药物评价行业技术进步。  法人或委托人签字： （单位盖章）  年 月 日 | | | |
| 联盟  审核意见 | | 负责人签字：  （联盟盖章）  年 月 日 | | | |

**备注：**请规范填写表格，提交单位简介及logo源文件的电子档至药物评价联盟邮箱：[ywpjlm@drugunion.org](mailto:ywpjlm@drugunion.org)，经联盟秘书处审核通过后，提交申请表及相关资料纸质档至联盟秘书处。

地址：长沙市岳麓区麓枫路69号晶源电子科技有限责任公司检测中心一楼部分（104、105号房）

联系人：李佳妮 联系方式：13875923804（微信同号）