**中国医疗器械行业协会感染与控制技术专业委员会**

**理事会理事/副理事长单位申请意愿表**

（请填妥盖章后将电子文档发送Email至：duanpf@camdi.org，我们会尽快给您回复）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称  （全称） |  | | | | | |
| 单位简介 | (可另附文件或电子邮件) | | | | | |
| 法人代表 |  | 固话 | 手机 | 传真 | | 邮箱 |
| 联系人 |  | 固话 | 手机 | 传真 | | 邮箱 |
| 公司网站 |  | | | | | |
| 详细地址 |  | | | | | 邮编 |
| 企业基本情况  （上年度数据） | 资产总值（万 元）： | | | | 利税总额 （万元）： | |
| 净 资 产（万 元）： | | | | 利 润 （万元）： | |
| 销售收入（万 元）： | | | | 职工人数 （人）： | |
| 出口创汇（万美元）： | | | | 技术人员 （人）： | |
| 认证情况： | | | | | |
| 专利情况：共 项，主要专利名称： | | | | | |
| 申请意愿 | □副理事长单位 □理事单位  ＊会费标准：1、副理事长单位：30000元/年；  2、理事单位：10000元/年； | | | | | |
| 负责人意见 | 本单位自愿申请成为中国医疗器械行业协会感染与控制技术专业委员会（单选）理事/副理事长，享受章程规定的权利，履行章程规定的义务，愿意承担相应会员费，并承诺在2017年6月30日前完成会费缴纳手续。    负责人签章：    年 月 日 | | | | | |
| 申请单位盖章 | 法人签章： 单位公章：  年 月 日 | | | | | |
| 中国医疗器械行业协会  秘书处意见 | 年 月 日 | | | | | |
| **填表说明：**  协会将对表中内容进行保密，仅在协会内部使用，请各企业如实填写。 | | | | | | |