**杭州市整形美容行业协会入会申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **统一社会信用代码（税号）** |  | **医疗机构执业许可证编号** |  |
| **注册地址**  |  | 邮 编 |  |
| **邮寄地址** |  | 电 话  |  |
| **网址**  |  |
| **法人代表** | 姓名 |  | 职务  |  | 联系方式 |  |
| **负责人或联系人（与法人代表相同可以不填写）** | 姓名 |  | 政治面貌  |  | 固话 |  |
| 职务  |  | 手机  |  | E-mail |  |
| **员工总数**  | 　　 　人，其中医务人员： 　人，高级职称： 人，中级职称： 人，初级职称： 人  |
| **成立时间** |  年 月 | 注册资金 | 　　 　　 万元 |  医疗机构性质、级别 |  |
| **单位类型**  | 　□公立　 　 □民营 　 □其它（请注明） 　　　　　　　　  |
| **单位简介（300字以内）** | （介绍机构特色项目、特色科室、获得国家专利等） |
| **诊疗科目(仅填写医美相关科目)** |  |
| **对协会有何要求及建议** |  |
| **请选择要参加会员的类别** | 请在需要加入会员类别前“口”内用√号标注，只能选择一项:□企业会员（8000元/年） □ 普通单位会员（2000元/年） □ 理事单位会员（5000元/年）□常务理事单位会员（8000元/年）　□副会长以上单位会员（15000元/年） |
| **入会承诺** | 我单位自愿成为杭州市整形美容行业协会会员，承诺严格遵守协会《章程》履行相关权利和义务，尊重并执行会员代表大会、理事会、常务理事会的决议，积极配合协会工作，参加协会活动，每年按照有关规定按时交纳会费。  申请单位负责人签名（单位公章）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申请日期： |
| **审批意见** | 　　　　　　　 协会负责人签字：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　批准日期： |
| **备注** |  |

邮寄地址：杭州市上城区孝女路1号日初咖啡三楼杭整协办公室

联系人：吕心心、郝黎伊

联系电话：0571-88312215