附件1

**广西卫生科教管理学会入会申请表**

**（单位会员）**

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位全称 |  | | | | |
| 联系地址 |  | | | 邮编 |  |
| 负 责 人 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 联 系 人 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 申请类别 | 副会长单位（10000元/年）□ 常务理事单位（8000元/年）□  理 事 单 位（5000元/年）□ 一般单位会员（1000元/年）□ | | | | |
| 说明：  根据民政部、财政部《关于调整社会团体会费政策等有关问题的通知》（民发〔2003〕95号）精神，经社团登记管理机关批准成立的社会团体，可以向个人会员和单位会员收取会费，国务院和省、自治区、直辖市民政、财政部门不再核定统一的社会团体会费标准，本学会会费标准按2017年常务理事会议讨论审议通过的标准执行。  1、请在相应申请类别后的框内打“√”，选择所申请的单位会员类别。其中副会长单位会费10000元/年，常务理事单位会费8000元/年，理事单位会费5000元/年，一般团体会费1000元/年。  2、捐赠费将主要用于本会设立广西卫生科技、教育领域的相关奖励获奖项目、科技推广等的奖励。  3、单位会员根据章程按年交纳会费并享受相应的服务。无故不交纳会费者视为自动退会。  4、请将此表填写盖章后扫描发至广西卫生科教管理学会邮箱2960536326@qq.com。 | | | | | |
| 联系地址：南宁市青湖路7号702办公室  邮编：530029  联系人：王洪、陈丽萍、严盛杰  联系电话：（0771）5854632  单位全称：广西卫生科教管理学会  账 号：45050160425500001038  开 户 行：建设银行南宁市新城支行 | | | 法人代表：  会员单位：XXXX（盖章处）  年 月 日 | | |
| 广西卫生科教管理学会：  年 月 日 | | |

注：此表由会员单位盖章递交给广西卫生科教管理学会理事会审议通过后生效。