## 附件 ：中国物流与采购联合会医疗器械供应链分会会员单位登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称（中英文全称） |  |
| 徽标 LOGO | （请附上贵司的AI格式的矢量LOGO，方便分会宣传） |
| 官方网站 |  |
| 单位性质（打√） |  ○国有企业 ○集体企业 ○股份有限 ○中外合资 ○中外合作 ○事业单位○外商独资 ○有限责任 ○港澳台合资 ○港澳台合作 ○港澳台独资○其它（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 单位类型/经营范围（打√） | ○医疗器械生产 ○医疗器械批发经营 ○医疗器械零售 ○研究机构、院校○医院 ○医学检验 ○专业医疗器械第三方物流 ○快运、快递 ○行业协会 |
| 单位经营情况 | 成立日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；开展医疗器械相关业务日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_；最近一年销售收入：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_万元，其中医疗器械相关业务收入\_\_\_\_\_\_\_\_\_万元；职工人数：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人；网络覆盖（请列出省，直辖市）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；物流费用（仅限生产类企业）： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 万元；仓储面积（仅限经营、物流类企业）： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 平方米；自有车辆（仅限经营、物流类企业）： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 台。服务客户类型： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 入会级别及会费 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位，年费 \_\_\_\_\_\_\_ 元。 |
| 会员服务期限（以收到款项为开始日期） | 年 月 日 至 年 月 日 |
|  | 姓名 | 职务 | 手机 | 邮 箱 |
| 指定\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（您选择的会员单位级别）人选 |  |  |  |  |
| 日常工作联络人 |  |  |  |  |
| 通讯地址 |  |
| 账户信息 | 指定汇款账户信息：账户名称：北京中物医联企业管理有限公司开 户 行：中国工商银行股份有限公司北京礼士路支行帐 号 ：020 000 360 920 015 6253备注：1、汇款时必须注明“医疗器械供应链分会”会员费；2、单位报名后三日内报送相关资料，三日内汇款；款到后一周内开据正式发票。 |
| 单位负责人签字：联系人：联系方式：邮箱：单位盖章 | 分会负责人签字：联系人：联系方式：邮箱：单位盖章 |