



苏州高新区医疗器械行业协会

单位入会回执表

单位名称			
通讯地址			
法人代表		统一社会信用代码	
经济类型	<input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 中外合资 <input type="checkbox"/> 外商独资 <input type="checkbox"/> 港澳台投资 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
单位类型	<input type="checkbox"/> 医疗器械研发与生产企业 <input type="checkbox"/> 医疗器械产业上下游配套 <input type="checkbox"/> 高校、科研院所 <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 第三方服务机构 <input type="checkbox"/> 各地、市、省相关监管机构 <input type="checkbox"/> 投资机构 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
参与其他社 团组织情况	是否已加入其他社团组织： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是，请填写详细社团名称) _____		
公司人员规模			
<input checked="" type="radio"/> 小于 30 人	<input checked="" type="radio"/> 30-100 人	<input checked="" type="radio"/> 100-500 人	<input checked="" type="radio"/> 大于 500 人
公司简介			
会员代表	姓名		职务
	联系方式		

申报单位申请意见：

我单位自愿参加苏州高新区医疗器械行业协会，并愿旅行协会章程所规定的权利、指责和义务。特此申请。

法人代表签章：

单位签章：

年 月 日

协会审批意见：

审批人：

年 月 日

注：填报单位需提供营业执照副本复印件附表单后报送。