## 附件 2：中国物流与采购联合会医疗器械供应链分会会员申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 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○设备及信息化企业 |
| 单位经营情况 | 成立日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；开展医疗器械相关业务日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_；上一年度销售收入：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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，仓库 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_个；自有车辆（仅限经营、物流类企业）： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 台，外包车辆 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 台；信息化应用（目前已上线哪些信息化系统）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；服务客户类型： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。 |
| 企业简介（可另附页） |  |
| 入会级别 | 请在您申请的级别中打 √注明： □会员单位 □理事单位□常务理事单位 □副会长单位 |
| 会员服务期限（以收到此表为开始日期） | 年 月 日 至 年 月 日 |
|  | 姓名 | 职务 | 手机 | 座机 | 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 |  |
| 单位负责人签字：联系人：联系方式：邮箱：单位盖章 |