附件1：

重庆市社会医疗机构协会

会务会展服务供应商报名登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公司名称 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 注册资金 |  | 注册日期 |  |
| 公司法人 |  | 员工人数 |  |
| 联系地址 |  | | |
| 业务范围 |  | | |
| 联系人 |  | 手机号 |  |
| 办公电话 |  | 电子邮箱 |  |
| **申请公司承诺：**  我公司在参加本次报名前三年内（设立不满三年的从设立之日计算），在经营活动中无违法违规等不良记录，所提供材料为真实有效，绝无任何虚假、伪造的成分。如在合作过程中被查实我公司提供的资料及上述声明不属实，重庆市社会医疗机构协会有权终止合作，由此带来的一切后果（包括经济损失）和法律责任均由我公司无条件承担。  公司负责人签字： 申请公司（盖章）  申请日期： | | | |