CIAA会员申请表

|  |
| --- |
| 一、单位信息（必填项） |
| \*单位名称 |  |
| \*开票信息 | 统一社会信用代码： |
| 地址和电话： |
| 开户行及账号： |
| \*邮寄信息 | 收件人： | 手机： |
| 邮寄地址： |
| \*单位简介 |  |
| 二、会员代表信息（必填项） |
| \*姓名 |  | \*职务 |  | \*性别 |  |
| \*出生年月 |  | \*政治面貌 |  | 电话 |  |
| \*手机 |  | \*邮箱 |  | \*微信 |  |
| 三、对接联络人信息（注：请指定一名工作人员负责与CIAA的日常工作联系） |
| \*姓 名 |  | 职 务 |  | 电 话 |  |
| \*手 机 |  | \*邮 箱 |  | \*微 信 |  |
| 四、新闻通讯员信息（注：请指定一名工作人员负责向CIAA提供本单位的宣传素材） |
| \*姓 名 |  | 职 务 |  | 电 话 |  |
| \*手 机 |  | \*邮 箱 |  | \*微 信 |  |
| 五、抗菌产品信息（如有更多抗菌产品，请自行补充填写） |
| \*产品 |  | \*品牌 |  | 产量 |  |
| \*产品 |  | \*品牌 |  | 产量 |  |
| 六、单位意见（必填项） |
| \*单位意见 | 我单位自愿申请加入CIAA，承认CIAA章程，履行会员义务，并愿意为推动我国抗菌产业持续、快速、健康发展做出应有的贡献。 (单位盖章） 年 月 日 |
| 七、备注信息1、请认真阅读填表要求，所填内容要真实、有效。2、有问题请咨询CIAA秘书处：曾小姐 010-82543499。3、填写完毕并加盖公章后进行扫描，并发送至CIAA秘书处ciaa2001@126.com。4、各单位入会后如所填企业名称、负责人、联络人、通讯员、地址及通讯方式等有关企业联系信息发生变更，请第一时间书面通知CIAA秘书处。5、加\*为必填项。 |