NO：\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_

**加入联盟申请表**

**组织名称** 湖南省药物评价产业技术创新战略联盟

长沙市药物评价产业技术创新战略联盟

**填报日期** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**申请单位名称** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

湖南省药物评价产业技术创新战略联盟办公室

长沙市药物评价产业技术创新战略联盟办公室

**填 表 说 明**

1. 为加强规范管理，凡是加入药物评价联盟的组织都应填写此表。
2. 提交表格时要详细填写单位情况（单位名称、负责人职务及姓名、住所、邮编、手机号码、传真、电子邮箱等）。
3. 表格一式**贰份**，盖章后，由联盟办公室存留。
4. 填写表格本着诚实守信原则，不得弄虚作假，并严格遵守保密规定，一经发现，违反者取消申请加入资格。

、

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 名 称 |  | | | | |
| 成 立 时 间 |  | | | 注册资金 |  |
| 上级主管单位 |  | | | 规模人数 |  |
| 单 位 类 型 | 国有□ 民营□ 中外合资□ 外商独资□ 其它□ | | | | |
| 办 公 地 址 |  | | | | |
| 联 系 电 话 |  | | | 邮政编码 |  |
| 邮 箱 |  | | | 传 真 |  |
| 单 位 负 责 人 | 姓 名 | |  | 联系电话 |  |
| 邮 箱 | |  | 传 真 |  |
| 工作单位  及职务 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | |
| 联 系 人 | 姓 名 | |  | 联系电话 |  |
| 邮 箱 | |  | 传 真 |  |
| 工作单位  及职务 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | |
| 单 位 相关资质 | | 另需提供以下资料：  1、医疗机构执业许可证  2、医院简介及logo源文件（电子档）  注：第1点需加盖公章 | | | |
| 单 位 主营业务及优势技术 | |  | | | |
| 单位申请 | | 本单位自愿加入药物评价产业技术创新战略联盟，拥护联盟章程，遵守有关协议内容，履行成员单位义务，积极参加联盟活动，共同致力于推动药物评价行业技术进步。  法人或委托人签字： （单位盖章）  年 月 日 | | | |
| 联盟  审核意见 | | 负责人签字：  （联盟盖章）  年 月 日 | | | |

**备注：**请规范填写表格后，提交申请表及相关资料的纸质档，邮寄至联盟办公室；并提交医院简介及logo源文件的电子档至药物评价产业技术创新战略联盟邮箱。

地址：湖南长沙岳麓区五矿麓谷科技产业园A4栋13楼 邮编：410006 邮箱：[ywpjlm@drugunion.org](mailto:ywpjlm@drugunion.org)

联系人：刘淑娴 联系方式：19918823223（微信同号）