

附件

湘西州残疾人辅助器具供应商、适配定点机构申请审批表

机构名称				
机构地址			邮政编码	
法定代表人		联系电话	登记主管 部门	
成立时间			统一社会 信用代码	
机构性质	<input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 医疗卫生机构 <input type="checkbox"/> 其它			
机构简介 (含资质、人员、评估、专业设备、设施、管理和服务情况,简单表述并附佐证材料)				
机构申请	本机构申请成为_____类辅助器具定点(协议)服务机构,在范围内开展服务。以上申请材料真实有效。 法定代表人(签章): _____ (盖章) 年 月 日			
县市残联意见	材料审核结果: 现场确认结果: (盖章) 年 月 日			
州残联意见	(盖章) 年 月 日			