

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	<p>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。</p> <p>法定代表人（签章）：_____（盖章）</p> <p>年 月 日</p>				
残联意见	<p>材料审核结果：</p> <p>现场确认结果：</p> <p>_____（盖章）</p> <p>年 月 日</p>				