广东省医疗器械管理学会第三届理事

候选单位推荐（自荐）征询表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 办公地址 |  |
| 近两年营收 |  | 企业人数 |  |
| 代表姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 国籍 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 职务 |  |
| 联系方式（固话/手机/邮箱） |  |
| 单位简介 |  |
| 主营产品/服务 |  |
| 我单位已认真阅读广东省医疗器械管理学会第三届理事候选单位申请条件，并自愿参加。负责人签字： （单位盖章）年 月 日  |
| 联系人 |  | 职务 |  |
| 邮箱 |  | 办公电话 |  |
| 传真 |  | 手机 |  |

注：单位代表和联系人可以不是同一人，单位代表原则上要求经理级别以上人员。