附件1

鄞州区公共服务业发展专项资金申请表

 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位基本情况 | 申报单位名称 |  | 机构代码 |  |
| 注册地址 |  | 注册时间 |  |
| 主营业务 |  | 经营面积 |  |
| 法定代表人 |  | 办公电话 |  | 手机 |  |
| 联系人 |  | 职务 |  | 办公电话 |  |
| 手机 |  | 传真 |  | 邮箱 |  |
| 机构类型（多选） | □教育服务机构 □健康服务机构 □养老服务机构 □综合管理服务机构 □营利机构 □非营利机构 □品牌连锁机构 |
| 下属企业 | 共有 家；具体名单如下： |
| 申请奖励项目 |  |
| 企业规模 | 注册资本 |  万元 | 总资产 |  万元 |
| 营业收入 | 20 年度 万元 | 20 年度 万元 | 20 年度 万元 |
| 利润总额 | 20 年度 万元 | 20 年度 万元 | 20 年度 万元 |
| 税收贡献 | 本区纳税总额 | 20 年度 万元 | 20 年度 万元 | 20 年度 万元 |
| 地方财政贡献总额 | 20 年度 万元 | 20 年度 万元 | 20 年度 万元 |
| 行业引领（可附纸） | 科研项目 |  科研经费 万元  |
| 研讨活动 |  活动经费 万元  |
| 服务创新 |   |
| 其他 |  |
| 申报单位申明 | 本公司经营规范，无违法违纪行为，且上述所填资料真实无讹，否则愿意承担相应的法律责任。承诺享受激励后在鄞州经营期限不少于3年。法定代表人签字（单位公章）：  年 月 日 |
| 主管部门意见 | 签名（盖章）：年 月 日 |
| 发改局意见 |  签名（盖章）：年 月 日 |
| 备注 |  |

注：1.研讨活动：指由民营医疗机构承办的国家级或省级学术研讨活动。

2.科研项目：指已完成的、由民营医疗机构承担且通过卫生主管部门认证的科研项目。

 3.服务创新：指经主管部门认证，当年推进的具有公益属性的民生服务项目、政企合作项目。