附件1

三台县红十字会

2024“5.8”公益金助医项目实施机构申请表

单位名称： （盖章）

单位地址：

填 报 人：

联系电话：

填报日期：

填 写 需 知

1. 严格按报表设定的格式、所列标题如实、认真填写，不得自行增删报表栏目。
2. 上报报表打印为A4复印纸。表内文字统一用5号宋体。
3. 申请单位对所提供材料的真实性、完整性和准确性负责，由单位负责人签字，加盖单位公章后报出。
4. 申请表中要求提供的其它文字性说明材料和照片与申请表一并双面打印装定成册。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、申请项目** | | | | | |
| 白内障患者光明行 | | | | | |
| **二、基本信息** | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 详细地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人 |  | 固定电话 |  |
| 传 真 |  | 移动电话 |  | 联系邮箱 |  |
| **三、申请单位医疗级别：** （相关复印件可附页） | | | | | |
| **四、基本情况**（包括：申请单位简介、申请单位特色、创建发展历程、法人单位证书复印件等）（可附页） | | | | | |
| **五、申请单位开展白内障眼疾患者手术治疗情况及相关数量（一年内）：**（可附页） | | | | | |
| **六、积极参与社会公益：**在医疗救助、健康宣传、志愿服务等领域具有丰富的项目经验和成功案例（可附页） | | | | | |
| **七、在过去的两年医疗活动中，有无重大医疗事故和违法行为：**（附相关证明材料） | | | | | |
| 1. **申请单位意见及承诺**   本单位自愿承担白内障救助项目工作，本承诺在项目执行过程中遵守国家法律法规和项目协议规定，恪尽职守、不弄虚作假，保证项目按协议要求高质量完成。  负责人签字：  单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| 1. **三台县红十字会审核意见**   单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | |