附件2

**山东平安健康管理研究中心**

**医养救公益项目合作单位申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称**  **(盖章）** |  | | | **法定代表人** | | |  |
| **单位地址** |  | | | **统一社会信用代码** | | |  |
| **手机** |  | | | **办公电话** | | |  |
| **微信号** |  | | | **电子邮箱** | | |  |
| **单**  **位**  **简**  **介**  **及**  **业**  **绩** |  | | | | | | |
| **联系人** |  | **单位职务** |  | | **手机** |  | |
| **办公电话** |  | **微信号** |  | | **邮箱** |  | |
| **申**  **请**  **级**  **别** | 试点单位□ 实践单位□ 示范单位□ | | | | | | |
| **理事会**  **意见** | □同意 □不同意  负责人（签字）： 年 月 日 | | | | | | |

附件2-1

**承 诺 书**

　　根据民政部《关于进一步加强社会组织管理 严格规范社会组织行为的通知》要求，我单位作为山东平安健康管理研究中心医养救公益项目的合作单位，特承诺如下：

　　坚持正确的政治立场，坚决拥护党的领导和党的四项基本原则；严格遵守国家法律、法规和相关政策，保证无任何违法乱纪行为发生；严格遵守山东平安健康管理研究中心《章程》，执行其相关文件和规章制度；严格管理由我单位相关业务参与工作人员，规范一切工作行为；否则，我自愿承担由此引起的刑事责任、民事责任和行政责任，对山东平安健康管理研究中心造成的连带损失，我单位自愿承担赔偿责任。

单位（公章）:

承诺人（签字）：

年 月 日

填表说明：请将申请表打印到一张A4纸正反面上。

1、执照复印件附后（加盖公章）；

2、法人、联系人身份证正反面复印件附后；

3、承诺书附后；

4、填写本表并经法定代表人签字、单位盖章后，将扫描件发送至电子邮箱：jkpasd@163.com ；邮件名称：单位名称＋医养救公益项目申请；原件请邮寄至中心存档；

5、请将单位介绍电子版（word）发送到中心邮箱。

附件一、执照复印件

附件二、法人、联系人身份证正反面复印件

附件三、承诺书