**中国物流与采购联合会医药物流分会**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | | |
| 单位性质 | | A 国企□ B事业□ C 独资□ D合资□ E民营□ F其他 | | | | | | | | | |
| 业务经营范围 | |  | | | | | | 工商注册号 | |  | |
| 注册资金 | |  | 注册时间 | | |  | | 年营业额 | |  | |
| 法人代表 | |  | 职务 | |  | | | 手机 | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 副会长/理事/会员 指定人 | |  | 职务 | | |  | | 手机 | |  | |
| 指定人邮箱 | |  | | | | | | 传真 | |  | |
| 固定联系人 | |  | 职务 | | |  | | 手机 | |  | |
| 固定联系人邮箱 | |  | | | | | |  | |  | |
| 会员服务期限 | | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | | |
| \*下栏仅注册副会长单位企业填写  注册副会长单位级别的企业，必须有两家副会长单位以书面形式进行推荐 | | | | | | | | | | | |
| 推荐单位名称 |  | | | 推荐人姓名 | | |  | | 联系方式 | |  |
| 推荐单位名称 |  | | | 推荐人姓名 | | |  | | 联系方式 | |  |
| 1、请在您申请的级别中打 √注明：  □会员单位年费3000元 □理事单位年费5000元  □常务理事单位年费8000元 □副会长单位年费50000元  2、费用缴纳帐户：  开户名称：北京中物医联企业管理有限公司  开 户 行：招商银行股份有限公司北京万寿路支行  帐 号：110 941 217 710 901 | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 单位负责人签字：  联系人：  联系方式：  邮箱：  单位盖章： | 秘书处负责人签字：  联系人：常洋  联系方式：18610639524  邮 箱：changyang@cpl.org.cn  单位盖章： | | | | | | | | | | | | |