附件2：

石家庄市慈善总会单位会员等级表表

单位会员编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 单位类别 | □民间组织 □国有企业  □民营企业 □合资企业 □外资企业 □其他 | | | |
| 单位地址 |  | | 邮 编 |  |
| 电子邮箱 |  | | 成立时间 |  |
| 单位法定  代表人 | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 工作电话 |  | 职 务 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 单位联系人  （建议以专职工作人员为主，便于今后工作联系） | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 工作电话 |  | 职 务 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 申报单位意见 | 我单位自愿加入石家庄市慈善总会，愿意遵守总会章程，履行会员义务。  法人代表签名：  申报单位（公章）：  年 月 日 | | | |
| 市慈善总会  审核意见 | （盖 章）：  年 月 日 | | | |

备注：1、申请单位会员填写本表，会员编号由本会统一编制。

2、对所提供的资料我们将会严格保密，如有变更，请及时与我们联系。