**商洛市病媒生物预防控制有偿服务机构**

**登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 机构注册地址 |  | 邮    编 |  |
| 注册资本（万元） |  | 电　　　话 |  |
| 税务登记机关 |  | 税务登记证号 |  |
| 法定代表人 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 登记项目 |  |
| 库房面积 |  | 从业人员数 |  | 培训合格人数 |  |
| 　提供的资料（请在所提供资料前的□内打√）□营业执照： □税务登记证明 ; □专用药物与器械清单；□法定代表人的身份证复印件； □经营场所、库房位置图、平面图；□服务机构经营场所房产证或租赁合同复印件； □服务机构从业人员资质证明（或培训合格证明）；□服务机构管理制度（含病媒生物预防控制操作规程）；□服务机构所在地爱卫部门出具的备案证明或评价意见（此项在办理异地备案才需提供）； □开展病媒生物防制需要的其它资料； |
| 备 案 机 构 保 证 书本机构所填报内容及提供的相关证件、经营场地、服务设备等资料均真实、可靠。如有虚假，愿承担有关法律责任。  备案单位盖章：           法定代表人（负责人）签字：年   月   日                 年   月   日 |