**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 | | | | | | | | | |