

中国医学救援协会急性疼痛医学分会

肾绞痛特色专科建设与运营管理提升项目申请表

医院名称				传 真	
联系地址				邮 编	
负 责 人		性 别		电 话	
职 务		手 机		邮 箱	
项目联系人		性 别		电 话	
职 务		手 机		邮 箱	
项目类别	肾绞痛特色专科建设与运营管理提升项目				
综合服务费	人民币	万元整	签订日期： 年 月 日		
纳税人识别号					
说明： 1. 肾绞痛特色专科建设与运营管理综合服务费：省级医院9.5万元、地市级医院7.5万元； 2. 本申请表一式二份，双方各执一份。 3. 申请表签字盖章后生效，一周内付款。 4.收到表格，经专家组评估后，确认入院开展工作时间。					
收款单位	户 名：中国医学救援协会 开户行：中国工商银行北京玉东支行 账 号：0200201909200005485				
申请单位签章		审核意见		审批意见	
单位盖章： 年 月 日		年 月 日		年 月 日	

烦请您将此表填好，并在盖章处先行签章，随后扫描发至肾绞痛特色专科项目组，办理相关事宜
 联系人：李媛 13301288467 913639600@qq.com