中华口腔医学会单位会员入会/续费申请表（企业）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | | 地 址 | | |  | | | | | |
| 邮 编 |  | | 固定  电话 |  | | | | | 传 真 | |  | |
| 企业网址 |  | | | E-mail |  | | | | 员工数 | | |  |
| 企业类型 (可复选) | □中 资 □外 资 □合 资 | | | 是否民营义齿  加工企业 | | | | □是 □否 | | 注册  资金 | |  |
| 企业法人姓名 |  | 职务 | |  | | 手机 | |  | | E-mail | |  |
| 其他负责人姓名 |  | 职务 | |  | | 手机 | |  | | E-mail | |  |
| 联系人姓名 |  | 职务 | |  | | 手机 | |  | | E-mail | |  |
| 机构简介：  法人签字：  申请单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

**说明：**

**单位会员权利：**

1. 单位会员获得学会颁发的单位会员证书。

2. 单位名称可在中华口腔医学会网站“单位会员展示”栏目滚动显示并链接至单位网址。

3. 可在《中华口腔医学会通讯》刊登一次单位宣传彩页（图片规格：210\*260mm，2M以上文件，严禁带有“最好”，“顶好”，“世界级”等国家广告禁止用语）

**会费标准：**

1.理事所在单位会费标准：8000元/年，原则上一次缴纳5年；

2.非理事所在单位会费标准，一次缴纳2年会费

（1）公立医院及企业：5000元/每年；

（2）民营口腔医疗机构及民营义齿加工企业：3000元/每年；

**办理入会流程：**

如实填写入会申请表、企业营业执照副本复印件（需加盖公章）、单位介绍，将上述文件电子版（申请表、单位介绍word版）发邮件至学会会员部邮箱，同时将纸质版寄送至学会会员部。学会会员部审核通过后，申请单位按规定缴纳会费。

联 系 人：会员部 户 名：中华口腔医学会

电话、传真：010-62163518 ，010-62110880 开户银行：工行紫竹院支行

电子邮箱：huiyuancsa@vip.126.com 帐 号：0200007609014459190

地址、邮编：北京市海淀区中关村南大街甲18号

北京国际C座4层 100081