中华口腔医学会单位会员入会/续费申请表（医疗）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | | 地 址 | | | |  | | | | | | |
| 邮政编码 | |  | | | 电 话 | |  | | | | | | | 传 真 |  | | |
| 椅位数 |  | 床位数 |  | | 员工数 |  | | | | 机构等级及评审时间 | | | | □三级 □二级 年度： | | | |
| 单位网址 | |  | | | | E-mail | | | |  | | | | 年门诊人次(万人) | | |  |
| 机构类型 (可复选) | | □教学医院 □综合医院 □专科医院 □门诊部 □诊所 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构性质 | | □公立医院 □民营 □其他： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人姓名 | |  | | 职务 |  | | | 职称 |  | | | 手机 |  | | | E-mail |  |
| 院长姓名 | |  | | 职务 |  | | | 职称 |  | | | 手机 |  | | | E-mail |  |
| 联系人姓名 | |  | | 职务 |  | | | 职称 |  | | | 手机 |  | | | E-mail |  |
| 机构简介：（500字以内）  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、卫生许可证复印件（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版本）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

电话、传真：010-62163518 ，010-62110880 户 名：中华口腔医学会

邮箱：huiyuancsa@vip.126.com 开户银行：工行紫竹院支行

地址、邮编：北京市海淀区中关村南大街甲18号 帐 号：0200007609014459190

北京国际C座4层 100081