|  |
| --- |
| 附件1 2025年厦门市“适老化产品补贴服务平台”服务机构报名表 |
|
|  **填报日期：2025年 月 日** |
| 机构名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 经营地址 |  |
| 注册地 |  | 注册时间 |  |
| 经营范围 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话/手机 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系电话/手机 |  |
| 承诺事项 |  本企业（机构）自愿报名参加 服务机构公开征选，保证提供的所有申报数据、材料等信息真实有效，并接受有关部门的监督。如有不实之处，愿承担一切法律责任。 法定代表人（负责人）签字：  **（公章） 年 月 日** |