|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** | | |