附件2

服务机构申报表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | |
| 机构地址 |  | | | |
| 成立时间 |  | 机构性质 | | □公办 □民办非企业  □企业 □其他（请注明） |
| 法定代表人 |  | 联系电话 | |  |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  |
| 服务范围 | □养老机构 □社区养老服务机构  □第三方专业评估机构 | | | |
| 经营场所面积（㎡） |  | | 机构从业人员  总数 |  |
| 备案床位数  （养老机构填写） |  | | 机构服务人员  总数 | 持证护理员 人  评估员 人  其他 人 |
| 开户行全称 |  | | 开户行行号 |  |
| 银行账号 |  | | | |
| 机构承诺 | 我机构按照《成都市民政局关于征集成都市向中度以上失能老年人发放养老服务消费补贴项目服务机构的通告》有关要求，保证提供的所有申报信息真实有效，并接受有关部门监督。    法定代表人（负责人）签字：  （申报单位公章）  年 月 日 | | | |
| 区（市）县  民政部门 | 审核意见：    单位盖章：  年 月 日 | | | |