汕尾市医疗保障局政府信息公开申请表（组织）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 法人或者其他组织 | 单位名称 |  |
| 通信地址 |  |
| 营业执照 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人 |  |
| 联系人电话 |  | 手机号码 |  |
| 身份证号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 所 需 政 府 信 息 情 况 | 所需的政府信息 | 文件名称 |  | 文号 |  |
| 或者其他特征描述: |
| 所需政府信息的用途(单选,并提供自身特殊需要关联性证明) | □自身生活特殊需要 　□自身生产特殊需要 　□自身科研特殊需要 |
| 　收费项目 | □检索费　　□复制费　　□邮寄费 |
| 提供政府信息的指定方式(单选) | □纸质文本 □电子邮件 □其他 |
| 获取政府信息的方式(单选) | □邮寄 □传真 □电子邮件　 □自行领取 |
| 申请人签名或盖章 |  | 申请时间 |  年 月 日 |
| 依法合理使用政府信息承诺协议 | 本人承诺所获取的政府信息,只用于自身的特殊需要,不作任何炒作及随意扩大公开范围。 承诺人（法人代表）签名： |