附件：

|  |
| --- |
| 局属社团财务咨询服务机构遴选报名表 |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 授权联系人 |  | 联系电话 |  |
| 营业执照期限 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 经营范围 |  |
| 单位简介 | （可另附页） |
| 工作承诺 |  本机构提供报名材料合法真实有效，如有虚假，愿承担相应法律责任。 单位签字盖章： 年 月 日 |
| 初审意见 |  符合遴选条件，通过初审。 审核人： 年 月 日 |