附件2

厦门市慈善总会第五届单位会员登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 成立时间 |  | 业务主管单位 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 单位电话 |  |
| 单位法定代表人 | 姓名 |  | 电话 |  |
| 联系地址 |  | 手机 |  |
| 联系人（建议以专职工作人员为主，便于今后工作联系） | 姓名 |  | 单位职务 |  |
| 联系地址 |  | 手机 |  |
| 代表本单位参加市慈善总会的人员（1人） | 姓名 |  |
| 职务 |  |
| 政治面貌 |  |
| 手机 |  |
| 联系地址 |  |
| 申报单位意见 | 我单位自愿加入厦门市慈善总会，愿意遵守总会章程，履行会员义务。 法定代表人签字：申报单位（公章）：  2024年 月 日 |