**全省性社会组织承接政府转移职能和**

**购买服务推荐性目录申报表**(\*\*年度)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会组织名称 |  | | | 成立时间 |  |
| 统一社会信用代码 |  | | | 专职工作  人员数 |  |
| 法定代表人姓名 |  | | | 联系方式  (含手机) |  |
| 联系人姓名 |  | | | 联系方式  (含手机) |  |
| 社会组织业务范围 |  | | | | |
| 承接服务内容种类  (请按照附注要求分类逐项填写) | 一级分类 | 二级分类 | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| 是否首次申报  有无调整事项 |  | | | | |
| 申报承诺书  我单位符合下列条件：(一)依法注册登记，具有独立承担民事责任的能力；(二)内部治理有效，信息公开和民主监督制度健全；(三)财务会计和资产管理制度完善，依法缴纳税收和社会保险，社会信誉良好；(四)具备提供服务所需的设施、人员和专业技术能力；(五)最近两个年度没有年检(年报)、信用等方面的不良记录。上述内容填报真实、完整，现自愿申报列入推荐性目录。  法定代表人签名(并单位盖章)：  年 月 日 | | | | | |
| 业务主管单位推荐意见：  (盖章)  年 月 日 | | | 登记管理机关复核意见：  (盖章)  年 月 日 | | |