附件2

**山东平安健康管理研究中心**

**光健康知识普及与应用项目合作单位申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称（加盖公章）** |  | | | **法定代表人** | | |  |
| **单位地址** |  | | | **统一社会信用代码** | | |  |
| **手机** |  | | | **办公电话** | | |  |
| **微信号** |  | | | **电子邮箱** | | |  |
| **单**  **位**  **简**  **介**  **及**  **业**  **绩** |  | | | | | | |
| **联系人** |  | **单位职务** |  | | **手机** |  | |
| **办公电话** |  | **微信号** |  | | **邮箱** |  | |
| **申**  **请**  **级**  **别** | 试点单位□ 实践单位□ 示范单位□ | | | | | | |
| **理事会**  **意见** | □同意 □不同意  负责人（签字）： 年 月 日 | | | | | | |

附件2-1

**承 诺 书**

　　根据民政部《关于进一步加强社会组织管理 严格规范社会组织行为的通知》要求，我单位作为山东平安健康管理研究中心光健康知识普及与应用项目的合作单位，特承诺如下：

　　坚持正确的政治立场，坚决拥护党的领导和党的四项基本原则；严格遵守国家法律、法规和相关政策，保证无任何违法乱纪行为发生；严格遵守山东平安健康管理研究中心《章程》，执行其相关文件和规章制度；严格管理由我单位相关业务参与工作人员，规范一切工作行为；否则，我自愿承担由此引起的刑事责任、民事责任和行政责任，对山东平安健康管理研究中心造成的连带损失，我单位自愿承担赔偿责任。

单位（公章）:

承诺人（签字）：

年 月 日

填表说明：请将申请表打印到一张A4纸正反面上。

1、执照复印件附后（加盖公章）；

2、法人、联系人身份证正反面复印件附后；

3、承诺书附后；

4、填写本表并经法定代表人签字、单位盖章后，将扫描件发送至电子邮箱：jkpasd@163.com ；邮件名称：单位名称＋光健康公益项目申请；原件请邮寄至中心存档；

5、请将单位介绍电子版（word）发送到中心邮箱。