附件3

2020年新认定科技研发平台补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 统一社会  信用代码 |  | | | | | |
| 详细地址 |  | | | | | |
| 科技研发平台类型 | | □国家实验室 □国家重点实验室 □国家技术创新中心 □国家临床医学研究中心 □国家科技资源共享服务平台 □市级重点实验室 □市级技术创新中心 | | | | |
| 法定代表人 |  | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 开户银行 | （具体开户银行网点全称） | | | 开户名称 |  | |
| 银行账号 |  | | | 补助金额 | 万（大写： 整） | |
| 单位承诺：  本单位提交的申报材料均真实客观有效，绝无虚报隐瞒，近一年内无纳税、环保、安全等违法违规处罚且信誉良好，享受本扶持政策原则上5年内不得迁出南岸区。  法定代表人签字：  单位公章：  年 月 日 | | | | | | |
| 审核部门意见：  （签章）：  年 月 日 | | | | | | |