附件2：

**玉溪市中医医院接受社会捐赠资助申报审批表**

项目编号： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 捐赠资助形式 | | □资金（金额、币种）： | | | |
| □实物： 估算价值： | | | |
| 捐赠资助用途 | | □限定用途： | | | |
| □非限定用途： | | | |
| 捐赠资助人  （单位名义/个人名义） | |  | | | |
|
| 地 址 | |  | | | |
| 捐赠方联系人： | | | | 电话： | |
| 院内联系人: 电话： | | | | 院内项目  负 责 人： | |
| 此捐赠资助符合自愿无偿原则：□是 □否  此捐赠资助属于公益非营利性质：□是 □否  此捐赠资助不涉嫌商业贿赂和不正当竞争：□是 □否      捐赠资助人 院内科室负责人  （单位/个人）签字及盖章： 签 名： | | | | | |
| 主管 部门 意见 | 物资管理部门意见（实物捐赠审核）：  1.是否符合自愿无偿原则：□是 □否  2.是否需要：□是 □否  3.需另购当前我院非在用专用耗材：□是 □否  4.资质证件齐全、有效：□是 □否 □不需要  5.审核意见：    　负责人签名：  　 年 月 日 | | | | 主管职能部门意见：  1.是否符合自愿无偿原则：□是 □否  2.审核意见：          负责人签名：  年 月 日 |
| 监督 部门 意见 | 监察部门意见：        　负责人签名：  年 月 日 | | | | 财务部门意见：        负责人签名：  年 月 日 |
| 院领导集体审批意见 | | |  | | |

注：1.请在所选项前□内打“√”

2.请附捐赠资助协议书。