滨州市人民医院医联体签约医院申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位信息 | 单位名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 单位地址 |  |
| 医院等级 |  | 医院性质 | 公立/非公立 |
| 单位法人 |  | 联系方式 |  |
| 医联体分管负责人 |  | 联系方式 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 联系人科室及职务 |  | 联系人邮箱 |  |
| 单位简介 | （医院基本情况、辖区人口、开放床位数、门诊量、手术量、出院人数、业务收入、职工总数、各级别专业技术人员数量、大型设备情况、专业设置、重点专科、科研教学情况，以及合作意向及模式、合作相关费用等。） |
| 单位意见 | 负责人签字： 盖章（公章）： 年 月 日 |

备注：填写完整后请将电子版发送至邮箱ywkbz2805@126.com。