中卫市沙坡头区医疗保障局信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公 民 | 姓 名\* |  | 工作单位\* |  |
| 证件名称\* |  | 证件号码\* |  |
| 联系电话\* |  | 传真号码 |  |
| 电子邮箱\* |  | 邮政编码\* |  |
| 联系地址\* |  | | |
| 法人或者  其他组织 | 名 称\* |  | 统一社会\*  信用代码 |  |
| 法人代表\* |  | 联系人姓名\* |  |
| 联系人电话\* |  | 传真号码 |  |
| 电子邮箱\* |  | 邮政编码\* |  |
| 联系地址\* |  | | |
| 提出申请的方式\* | | □当面 □邮寄 □传真 | | |
| 所需的政府信息 | 受理机关名称\* | |  | | |
| 政府信息的名称、文号或者便于行政机关查询的其他特征性描述\*： | | | | |
| 获取政府信息的方式、途径（单选）\* | | | □当面领取 □邮寄 □电子邮件 | |
| 政府信息的载体形式（单选）\* | | | □纸质文本 □其他 | |
| 申请人签名（盖章）\* | | |  | 申请时间\* | 年 月 日 |

说明：

1.本文本适用于公民、法人（或其他组织）依据《中华人民共和国政府信息公开条例》（国务院令第711号）第二十七条、第二十九条的规定向行政机关提出的申请行为。

2.申请表应填写完整、内容真实有效，带\*的为必填项，申请人应当对申请材料的真实性负责。

3.提交申请表时，公民同时提交身份证正反两面复印件，法人（或其他组织）同时提交统一社会信用代码证或工商营业执照复印件。