附件：

**2024中国山东（青岛）国际康养产业博览会**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  | 邮箱 |  |
| 法人代表 |  | 办公电话 |  |
| 移动电话 |  | 办公传真 |  |
| 评奖联系人 |  | 办公电话 |  |
| 移动电话 |  | 办公传真 |  |
| 产品名称 |  | 批准文号 |  |
| 申请奖项 | □ 创新产品突出贡献单位 | 已参展会展位号： |  |
|  □ 优质品牌企业突出贡献单位 |
| **资料****提报** | 1. 报名回执及参评单位的企业营业执照、税务登记证等扫描件；
2. 参评单位报送 200-500 字的企业介绍材料，企业形象照片 3-5 幅，精度要求在 300dpi 以上；企业 LOGO（JPG、PNG格式）；
3. 获得批文及认证的证书（有效期内）扫描件、产品检验报告扫描件各一份；

（上述参评材料须附注清楚联系人、电话、电子邮箱、通讯地址，请于 2024年 6 月 25 日以前发送至组委会奖项评审组邮箱。） |
| **参评****须知** | 1. 所有参评者必须在规定截止时间内，将完备的相关申请材料提交给奖项评委会；
2. 所有参评单位的参评材料、复印件均不退还；
3. 组委会保留对本次活动的最终解释权。
 |
| **联****系****方****式** | 组委会：电话：0532-85861016联系人：仝美元手机：18353269222邮箱：sdgjkyblh@163.com |
| 领导意见：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 法人代表签字：（盖章） |

**贡献单位申请表(回执)**