**附件3：**

惠州市中大惠亚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。