|  |
| --- |
| 长春市中小企业人才创业指导中心服务商申请表 |
| **基 本 情 况** | 机构名称 |  | 成立时间 | 年 月 |
| 法定代表人 |  | 法人联系电话 |  |
| 注册资本（万元） |  | 主营业务 |  |
| 机构性质 | 民营企业□ 行业协会□ 其他□ |
| 联系人及职务 |  | 联系人电话 |  |
| 单位（邮寄）地址 |  |
| **经 营 管 理 情 况** | **申请条件** | **是√** | **否×** |
| 经营管理制度健全 |  |  |
| 有明确的发展规划及目标 |  |  |
| 有稳定的管理团队 |  |  |
| 有明确的业务收费标准 |  |  |
| 无不良信用记录 |  |  |
| 对中小微企业的服务有相应的优惠措施 |  |  |
| 能够积极承担公益性服务 |  |  |
| 年均服务中小微企业30家以上  |  |  |
| 客户满意度能够达到90%以上 |  |  |
| **简要介绍以往有关服务中小企业的成功案例和获得荣誉等情况** |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| （声明：本机构承诺所填写内容及提供的相关材料真实有效，因失实行为造成的不良影响由本机构承担）申请单位：（盖章）年 月 日 | 推荐单位：（盖章）年 月 日 |
|
|
|
|
|
|
|

附件2