盐田区生命健康产业项目申请书

（药品或医疗器械资格认证项目）

**申 报 项 目：**药品或医疗器械资格认证项目

**项 目 名 称：**

**申 请 人（签章）：**

**法定代表人（签字）：**

**联 系 人：**

**联 系 方 式：**座机/手机

**填 报 日 期： 年 月 日**

深圳市盐田区科技创新局

填表说明

一、请务必填写负责人、联系人**深圳本地有效手机**，以便及时接收项目申报的相关信息，联系人信息变更的，应当及时通知区科技创新局。

二、申报单位应使用计算机填写申请书，手工填写无效（除要求“签名”处须手工填写外）。

三、申请表各项内容须如实填写，各项目不得空缺，无此内容时填“无”，**金额以万元为单位并保留至小数点后两位**；单位名称应与营业执照或法人登记证书完全一致；有选择的项目请选择相应项数字填写或在选择框内打勾。

**特别提醒：单位名称、开户银行、账号是资金划转的依据，应当准确完整，不得随意更改。**

填表声明与保证

本单位在填写本申请书之前，已经完全了解并遵守《盐田区产业发展资金管理规定》（深盐府规〔2020〕1号）、《盐田区生命健康产业扶持措施》（深盐府规〔2019〕8号）、本资助项目申报指南的相关规定、填表说明和注意事项，并自愿做出以下声明和保证：

一、本单位所提交的申请资料真实、准确和完整。本单位同意，盐田区科技创新局有权采取任何合法方式核实申请资料中信息的真实性、准确性和完整性，一旦发现有虚假信息，申请书将自动作废，本次申请无效。

二、本单位保证所申请的项目不对其他单位及个人构成侵权，如有侵权，本单位承担由此产生的全部责任。

三、本申请资料仅为向盐田区科技创新局申请盐田区产业发展专项资金而提交，本单位清楚所有提交的材料均需审核且不予退还。本单位已对所有申请资料自行备份留底。

四、盐田区科技创新局可以因审核该项目而使用申请书中提供的全部信息，无需另行征得本单位的同意。本单位清楚所有申报材料经过相关受理及审批程序，存在申报材料信息部分或全部泄露的可能，本单位确认盐田区科技创新局对由此导致的后果不承担任何形式的责任。

五、若本单位已单笔获得盐田区产业发展专项资金20万元资助或累计获得100万元资助，则本单位将自行保证五年内注册登记地址不搬离盐田区，不改变在盐田区的纳税义务，并配合相关职能部门履行好社会责任。

六、本单位承诺在获得项目资助后，配合盐田区科技创新局开展项目资金使用绩效评价。

七、本单位承诺在申请之日前两年内本单位以及单位法人、实际控制人不存在违规申报使用政府资金、商业贿赂、不良信用记录等情况。

法定代表（授权人）签字： 单位公章

(被授权人需提交授权人委托书) 年 月 日

申请单位基本信息表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 注册地址 |  | 注册时间 |  |
| 经营（办公）地址 |  | 经营（办公）面积  （平米） |  |
| 购置用房面积（平米） |  | 租赁用房面积（平米） |  |
| 注册资本（万元） |  | 公司性质 |  |
| 单位员工总数（个） |  | 员工具体情况 | 其中，博士X人，硕士X人，本科X人，专科X人，其他X人 |
| 基本户开户银行 |  | 基本户银行账号 |  |
| 法人代表姓名 |  | | |
| 有效身份证件 | □居民身份证  □港澳居民往来内地通行证  □台湾居民来往大陆通行证  □护照，国别： | 有效身份证件号码 |  |
| 法人代表办公电话 |  | 法人代表手机号码 |  |
| 项目负责人姓名 |  | 项目负责人居民  身份证号码 |  |
| 项目负责人办公电话 |  | 项目负责人手机号码 |  |
| 联系人姓名 |  | | |
| 联系人办公电话 |  | 联系人手机号码 |  |
| 单位主营业务 |  | | |
| 经认证的资格、资质、证书及称号 |  | | |

近三年纳税情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 国税（万元） | 地税（万元） | 合计（万元） |
| 上三年（2017年） |  |  |  |
| 上二年（2018年） | / | |  |
| 上一年（2019年） | / | |  |
| 合计 | / | |  |

备注：2018年国税和地税完成合并，2018、2019年度填写纳税合计数即可。

企业规模情况（非企业无需填写）

行业名称:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 从业人员（个） | 营业收入（万元） | 企业规模  （大型/中型/小型/微型） |
| 上三年（2017年） |  |  |  |
| 上二年（2018年） |  |  |  |
| 上一年（2019年） |  |  |  |

备注：

1. “行业名称”参照国民经济行业分类（GB/4754-2017）填写。

2.“企业规模”参照《统计上大中小微型企业划分办法（2017）》和《关于印发中小企业划型标准规定的通知》（工信部联企业〔2011〕300号）填写。

申请单位基本情况

|  |
| --- |
| 内容包含：1.单位概况；2.主营业务；3.生产能力；4.知识产权情况；5.近两年投资情况；6.发展规划；7.其他 |

项目基本情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请项目 | 资助药品或医疗器械资格  认证项目 | 申请资助额（万元） |  |
| 项目名称 |  | | |
| 认证类别 | □美国食品药品监督管理局（FDA）  □欧洲药品质量和健康管理局（EDQM）  □欧洲药品局（EMA）  □欧洲合格认证（CE）  □日本药品和医疗器械机构（PMDA）  □世界卫生组织（WHO） | | |
| 获得认证产品名称1 |  | | |
| 获得认证时间 | 年 月 日 | | |
| 获得认证产品名称2 |  | | |
| 获得认证时间 | 年 月 日 | | |
| 项目介绍 | | | |
| 内容包含：1.建设的目的和意义；2.团队情况；3.主要研究开发内容及投入情况；4.各阶段完成的目标；5.预期效果。 | | | |
| **科室意见（由区科创局填写）：**  审核方式：□核准制  □情况属实，建议给予资助。  □不予资助，原因：    科室： 审核人（签字）： 日期：    复核人（签字）： 日期： | | | |
| 审核方式：□评审制  □在 年 月 日，由业务科室组织专家进行评审。  评审情况：□通过，建议给予资助。  □不通过，原因：  □不予资助，原因：    科室： 审核人（签字）： 日期：    复核人（签字）： 日期： | | | |

项目材料清单（需装订在附件前）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 附件名称 | 是否必备材料 |
| 1 | 营业执照或法人登记证书或统一社会信用代码证书复印件。 | 是 |
| 2 | 法人代表身份证复印件（法定代表人签字）或法人委托书原件及代理人身份证复印件。 | 是 |
| 3 | 项目负责人身份证复印件（项目负责人签字）。 | 是 |
| 4 | 税务主管部门出具的近三年度纳税证明复印件（不足三年的，按实际年度提供）。 | 是 |
| 5 | 申报日期前两年度的申报单位纳税信用等级查询报告（单位盖章），不足2年的，按实际年度提供。 | 是 |
| 6 | 申报日期前1个月内在深圳信用网查询的申报单位《公共信用信息查询报告》。 | 是 |
| 7 | 上年度财务审计报告（需提交经深圳市注册会计师协会备案的含有防伪标识封面的审计报告）和财务报表复印件（验原件）。 | 是 |
| 8 | 申报单位自主研发及生产的药品、具有高新技术含量的第二类医疗器械、第三类医疗器械、第三类体外诊断试剂新通过美国食品药品监督管理局（FDA）、欧洲药品质量和健康管理局（EDQM）、欧洲药品局（EMA）、欧洲合格认证（CE）、日本药品和医疗器械机构（PMDA）、世界卫生组织（WHO）等国际权威认证的证明材料复印件（验原件）。 | 是 |
| 9 | 申报具有高新技术含量的第二类医疗器械、第三类医疗器械认证资助的，需提交中华人民共和国医疗器械注册证复印件（验原件）。 | 是 |

备注：须将本申请书连同上述附件打印完整材料一式四份（编制封面及目录，A4纸正反面打印/复印，非空白页（含封面）需连续编写页码，装订成册（胶装），加盖骑缝章），签字盖章后报送盐田区科技创新局（盐田区行政中心6楼621室，电话：25169067）。