附件

**白山市红十字会信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 信 息 | 公民 | 姓名 |  | 工作单位 |  | | |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  | | |
| 通信地址 |  | | 邮政编码 | |  |
| 联系电话 |  | | 传真 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 法人/ 其它组  织 | 名称 |  | 组织机构代码 | |  | |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 | |  | |
| 联系人电话 |  | 传真 | |  | |
| 联系人电子邮箱 |  | | | | |
| 申请表填写日期 | | 年 月 日 | | | | |
| 所 需 信 息 情 况 | 所需信 息的内 容描述 |  | | | | | |
| 所需信息的用途 | |  | | | | |
| 所需信息的指定提供方式  (可多选)  纸面  电子邮件 | | 获取信息的方式(可多选)  邮寄  电子邮件  传真  自行领取/当场阅读、抄录 | | | | |
| 承 诺 | 本人承诺所填信息真实有效。  申请人签名或盖章： | | | | | | |

注：1.身份证正、反面复印件附后。

2.本表复制有效，可通过互联网、信函、传真或邮寄方式，向白山市红十字会递交(传真：3222416;邮寄地址：长白山大街3456号 白山市红十字会，邮编134300)。