附件3

大理州XX县（市）红十字会基层组织备案登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 单位性质 |  |
| 法人代表 |  | 职务 |  | 单位人数 |  |
| 红十字会基层组织名称 |  | 该组织办公室联系电话 |  |
| 基层红十字会会长 |  | 职务 |  | 办公电话 |  |
| 手机号码 |  |
| 负责红十字会工作联系人 |  | 职务 |  | 办公电话 |  |
| 手机号码 |  |
| 单位地址 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 备案申请 | 我单位申请加入中国红十字会，自愿成为中国红十字会的一员，我们将遵守《中华人民共和国红十字会法》，承认《中国红十字会章程》，认真履行红十字会基层组织的职责。申请备案单位（盖章）：年 月 日 |
| 备案单位意见 | （盖章）年 月 日 |

备注：此表一式两份，待备案单位审核后，本单位存档一份，申请备案单位留存一份。