新疆维吾尔自治区医疗保障局政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人/其它组织 | 名 称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 身份证明文件信息（营业执照、组织机构代码等） |  |
| 法定代表人/负责人 |  | 代理人姓名 |  |
| 代理人电话 |  |
| 代理人电子邮箱 |  |
| 所需信息情况 | 申请人签名或者盖章 |
| 所需信息内容描述 | （为提高工作效率，请您每次只申请公开一条政府信息） |
| 所需信息的指定提供方式□纸质文本 □电子文本  | 获取信息的方式（单选）□邮寄 □电子邮件□传真□自行领取/ 当场阅读抄录 |
|  | □若本机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 |

（注：身份证明文件复印件：

1.申请人为公民的，需提供个人身份证复印件。

2.申请人为法人和其他组织的，需提供机构身份证明文件复印件、授权委托

书以及代理人身份证复印件。）