**附件：**

小型微型企业收费优惠申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | |  | | 组织机构代码 /  统一社会信用代码 |  |
| 行业类型 | |  | | 企业类型 |  |
| 联系人 | |  | | 联系电话 |  |
| 从业人员（人） | | |  | | |
| 上一纳税年度营业收入（万元） | | |  | | |
| 企业资产总额（万元） | | |  | | |
| 企业声明 | 兹郑重声明本企业属    □小型企业    □微型企业，并保证申报的数据和提交的材料真实有效，如本企业不再符合小型微型企业认定标准，将主动申明。                                                     （公章）  法人代表（签名）：                       年    月    日 | | | | |
| 初审意见：            初审人员：                            年    月    日 | | | | | |
| 核准意见：                审核人员：                            年    月    日 | | | | | |

药品医疗器械注册退费申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | |  | 组织机构代码 /  统一社会信用代码 |  |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 注册申请受理号及缴费额（如涉及多项，请逐一列明） | |  | | |
| 合计缴费额（元） | |  | | |
| 退费理由 |  | | | |
| 企业声明 | 兹郑重声明本企业所提交的资料和反映的情况是真实的，如有虚假承担法律责任。                                                      （公章）  法人代表（签名）：                              年    月    日 | | | |
| 初审意见：        初审人员：                            年    月    日 | | | | |
| 核准意见：        审核人员：                            年    月    日 | | | | |
| 财务复核：      审核人员：                            年    月    日 | | | | |