**安徽省医药行业协会**

**会员信息变更登记申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |  | 邮 编 |  |
| 法人代表 |  | 总经理/总裁 |  |
| 企业法人营业执照注册号 |  |
| **会员代表人/联系人变更** |
| 原会员代表人姓名 |  | 变更原因 |  |
| 新会员代表人姓名 |  | 职 务 |  | 电话/传真 |  |
| 手 机 |  | E-mail |  |
| 新联系人姓名 |  | 职务 |  | 电话/传真 |  |
| 手机 |  | E-mail |  |
| **企业住址/通信地址变更** |
| 原地址/邮编 |  |
| 新地址/邮编 |  |
| 说 明 |    （单位盖章） （如果单位名称变更请在说明栏注明原登记名称） 年 月 日 |

说明：1、填写信息变更登记表请务必注明日期并加盖公章。

 2、本表可邮寄到协会秘书处，也可直接将扫描件发协会邮箱。

邮寄地址：合肥市蜀山区望江西路860号科创中心C座419室，230088

安徽省医药行业协会 电话：0551-65326762 邮箱：ahyyxh@126.com