附件2

**塘桥街道实现自主创业一次性扶持申请表(组织)**

填表日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人代表/经营者姓名 |  | | 身份证号 |  | |
| 是否本市户籍 |  | | 联系电话 |  | |
| 组织名称 |  | | | 组织机构代码 |  |
| 注册/经营地址 |  | | | 注册时间 |  |
| 帐户名称 |  | 帐户银行 | |  | |
| 银行帐号 |  | | | | |
| 申请人事项 | 申请人签名（盖章）：  年 月 日 | | | | |
| 社区事务受理服务中心受理意见 | 经办人：负责人： 盖章：  年月 日 | | | | |
| 分管领导意见 | 签名：  年 月 日 | | | | |

注：本表一式二份，所需提供附属材料A4纸复印。