附件2-21

泉州市企业购买知识产权保险补助项目申报表

申 报 单 位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（盖章）

联 系 人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联 系 电 话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

泉州市市场监督管理局

2024年 月 日

承诺书

我单位郑重承诺：我单位就本项目提供的各类资料，均符合国家法律法规和政策要求，真实、有效，无任何伪造修改和虚假成分，未被列入失信联合惩戒或涉黑涉恶名单，本项目未享受其他各级政府奖励（补助）。

如有失实失信和涉黑涉恶行为，愿意根据相关规定，承担以下责任：

1.被取消项目补助资格；

2.被撤销项目补助，并缴回补助的资金；

3.被记入不良信用记录，并接受相应处理；

4.其它相关法律责任。

申报单位（盖章）：

负 责 人（签章）：

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | | |
| 注册地址 | |  | | | | 统一社会信用代码 | |  |
| 法定代表人 | |  | | | | 联系电话 | |  |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  | | 电子邮箱 | |  |
| 开户行 | |  | | 账户名称 | |  | | |
| 账户账号 | |  | | | | | | |
| 序号 | 知识产权保险合同名称 | | 保险公司名称 | | 保险标的（专利号、商标注册号等） | | 保险金额（万元） | 实际支付保费（万元） |
|  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |
| 实际支付保费累计额（万元） | | |  | | 申请保费补助（万元） | | |  |
| 县（市、区）市场监管局审核意见 | | 盖章  年 月 日 | | | | | | |