|  |
| --- |
| 附件2中山火炬开发区健康医药产业专项发展资金项目申报表 |
|  |
|  | 申报单位（盖章） | ： |  |  |
|  | 申报类别 | ： |  |  |
|  | 项目负责人 | ： |  |  |
|  | 联系电话 | ： |  |  |
|  | 推荐单位（盖章） | ： |  |  |
|  |
| 中山火炬开发区经济发展和科技信息局 |
|  年 月 日 |
| 单位名称 |  |
| 营业范围 |  |
| 主营业务领域 | □药品 □医疗器械 □保健食品□医疗信息服务 □化妆品 □其他 |
| 地址 |  |
| 单位负责人 |  | 职务职称 |  | 手机 |  |
| 科研管理人 |  | 职务职称 |  | 手机 |  |
| 联系人 |  | 手机 |  | 传真 |  |
| 企业注册时间 |  | 注册资金（万元） |  | 职工总人数（人） |  |
| 上年度销售额（万元） |  | 上年度税收（万元） |  |
| 企业经济类型 | □国有独资企业（□有限责任公司 □股份有限公司 □其他企业）□国有控股企业（□有限责任公司 □股份有限公司 □其他企业）□非国有控股企业（□有限责任公司 □股份有限公司 □其他企业）□民营企业（□有限责任公司 □股份有限公司 □其他企业）□其他企业（请说明： ） |
| 股权结构 | 股东名称（前三位） | 股东性质 | 股权比例（%） |
|  | □内资 □外资 |  |
|  | □内资 □外资 |  |
|  | □内资 □外资 |  |
| 高新企业 | □是（ 年 月认定） □否 |
| 是否设立研发机构 | □是 □否 |
| 研发机构认定情况 | 研发人员数 |  | 研发设备原值（万元） |  |
| 研发机构级别 |  |
| 研究机构名称 |  |
| 申请项目资助类别：□项目配套支持 □产业公共服务平台支持 □项目研发与产业化支持 □资质认证支持 □CMO/CDMO平台支持  |
| 项目申请基本情况 |
| **一、项目配套支持** |
| 项目名称 |  |
| 申请配套金额（万元） |  | 上级立项专项名称 |  |
| 立项文件号 |  | 上级立项支持金额（万元） |  |
| 本单位分配立项资金额（万元） |  | 已到账经费（万元） |  |
| 立项时间 |  | 到账时间 |  |
| **二、产业公共服务平台支持** |
| 平台名称 |  |
| 平台简介 |  |
| 申请资助金额（万元） |  |
| 设立时间 |  | 项目综合评价类别 |  |
| 实缴注册资本（万元） |  | 开始营业时间 |  |
| 获得市生物医药行动计划平台建设立项资助时间 |  | 获得市生物医药行动计划平台建设立项资助类别及金额 |  |
| 租赁面积（m2） |  | 租金额度（元/m2·月） |  |
| 租赁起止时间 |  | 已缴交租金（万元） |  |
| 平台装修投入金额（万元） |  | 平台运营费用（万元） |  |
| **三、项目研发与产业化支持** |
| 项目名称 |  |
| 项目简介 |  |
| 项目所处阶段 |  |
| 申请资助金额（万元） |  | 一致性评价总费用（万元） |  |
| 已获批文类别 |  | 批文编号 |  |
| 取得批文时间 |  | 发证单位 |  |
| 获得市生物医药行动计划一致性评价资助时间 |  | 获得市生物医药行动计划一致性评价资助金额（万元） |  |
| 项目进展情况、后续开展计划及产业化目标： |
| **四、资质认证支持** |
| 项目名称 |  |
| 申请资助金额（万元） |  |
| 已获资质认证类别 |  | 证书编号 |  |
| 首次取得证书时间 |  | 证书有效期 |  |
| 发证单位 |  |
| **五、CMO/CDMO平台支持** |
| 平台名称 |  |
| 平台简介 |  |
| 申请资助金额（万元） |  |
| 设立时间 |  | 项目综合评价类别 |  |
| 租用场地类别 |  | 租赁面积（m2） |  |
| 租金额度（元/m2·月） |  | 租赁起止时间 |  |
| 已缴交租金（万元） |  | 已缴交租金时间 |  |
| 项目总投资额（万元） |  | 项目建设起止时间 |  |
| 预计仪器设备购置总额（万元） |  | 实际已完成仪器设备购置金额（万元） |  |
| 装修投入金额（万元） |  | 装修场地类别及面积 |  |
| 审核意见 |
| 申报单位意见 | 本单位承诺：对项目和申报材料的真实性负责；同一项目内容不重复申报火炬区其他专项资助或奖励。如有违反上述承诺的不诚实行为，同意有关部门记录入相关的企业征信体系中，并承担相应责任。法定代表人（签章）：（单位盖章）  年 月 日 |
| 健康基地公司初审意见 | （单位盖章） 年 月 日 |
| 区经科局审核意见 | （单位盖章） 年 月 日 |

|  |
| --- |
|  |