**中国非公立医疗机构协会放射专业委员会**

附件1：

**第二届委员会委员候选人所在机构信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | | | | | | | |
| **机构地址** |  | | | | | **邮编** | |  |
| **座机** |  | | | | **传真** |  | | |
| **机构性质** | □公立 □非公立：□民营□外资□中外合资□混合制□上市公司□国有公司 | | | | | | | |
| **机构规模** | 级别（如有）： 床位数（如有）： | | | | | | | |
| **机构类型** | □企业 □医疗机构：□综合医院 □专科医院 □健康管理机构 □其它 | | | | | | | |
| **法人代表** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **联系人** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **机构简介：（可另附页）** | | | | | | | | |
| **机构推荐意见** | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | |
| **（印章）**  **年 月 日** | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | |

**机构推荐代表信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | **性别** |  | | | **民族** | |  | 照  片 |
| **出生年月** | |  | **身份证号** |  | | | | | |
| **学历** | |  | **技术职称** |  | | | **政治面貌** |  | |
| **所在机构** |  | | | | | | **职务** | |  | |
| **机构关系** | □执业注册机构 □多点执业机构 | | | | | | | | | |
| **专业** |  | | | | | | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | **电子信箱** | |  | | |
| **手机** |  | | | | | **微信号** | |  | | |
| **其他社会职务** |  | | | | | | | | | |
| **本人主要简历、专业背景及主要业绩（可另附页）** | | | | | | | | | | |
| **本人签名** | | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | | |
| **年 月 日** | | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | | |

附件2

**会员入会指南**

**一、协会介绍**

请通过扫描下方二维码，下载协会宣传手册，同时关注协会微信公众号，了解协会工作动态。

**QR 代码

描述已自动生成QR 代码

描述已自动生成**

**协会宣传手册协会微信公众号**

**二、会费标准**

（一）三级综合医院（500张床位以上）：3000元/年；

（二）二级及以下综合医院（10-499张床位）、地方行业协会：1000元/年；

（三）综合及专科门诊部（包括健康体检机构、第三方独立影像中心、临床检验中心等）、诊所（包括卫生所（室）、专科疾病防治院（所）等）：500元/年；

（四）其他各类专科医院按照医疗机构设置审批时自主申请或卫生健康行政部门核准的医院级别，参照各级综合医院会费标准；

（五）非医疗机构类企业：10000元/年；

（六）个人会员：50元/年，须一次性缴纳5年会费，共250元。

注：单位会员可一次性缴纳5年会费，也可每年缴纳。

**三、会员入会流程**

**登陆或点击链接**<http://register.cnmia.org/>提交入会申请，申请人所在单位为社会办医疗机构或企业须申报单位会员，公立医疗机构专家可申报个人会员。协会审核通过后将进行邮件回复，请按照邮件要求完成会费缴纳。

**四、缴费方式**

（一）会费可通过扫描下方二维码（仅限微信扫码）在线缴纳，付款时请务必按提示要求认真填写相关信息，我们将根据填写的信息开具电子会费票据，并发送会员证书。

QR 代码

描述已自动生成

（二）会费可通过银行转账方式缴纳，请汇款后认真填写会费缴纳回执单（见附件1），并务必将银行汇款凭证和会费缴纳回执单发送至联系邮箱，我们将根据填写的信息开具电子会费票据，并发送会员证书。

银行汇款账户：

账户名称：中国非公立医疗机构协会

开户行：中国民生银行北京航天桥支行

账号：692037379

请在汇款时务必备注“单位全称+口腔会费”，汇款手续费由汇款方承担。

联系方式（电话、微信同号）：

董慧（会员组织部项目主管）：15001326698

曹丹（会员组织部项目助理）：18910993668

杨子旭（会员组织部副主任）：18511331103

邮箱：hyzzb@cnmia.org

传真：010-66008610

地址：北京市西城区西直门南大街2号成铭大厦C座24层

附件：1、会费缴纳回执单

2、协会会员服务事项

附件2-1

**中国非公立医疗机构协会**

**会费缴纳回执单**

|  |
| --- |
| 汇款单位名称： |
| 发票抬头、税号： |
| 开票金额： （单位：元） |
| 汇款时间： |
| 会员证书名称（会员单位名称）： |
| 电子发票接收手机号码： |
| 电子发票和会员证书接收邮箱： |
| **（此处粘贴“汇款凭证截图”）** |

备注：[请务必认真填写并邮件发送至指定邮箱hyzzb@cnmia.org](mailto:请务必认真填写并以邮件形式发送至指定邮箱hyzzb@cnmia.org)。

附件2-2

**协会提供会员服务事项**

（一）经批准，由本会颁发《会员证书》；

（二）享有本会的选举权、被选举权和表决权；

（三）可优先参加本会信用等级和能力星级国家行业评价。通过评价可获得国家相关等级证书及荣誉铭牌；

（四）可参与本会主办的《全国社会办医服务承诺书》签约活动和《全国社会办医阳光平台》宣传展示，并可获得荣誉证书；

（五）可优先安排参加本会举办的各类业务性与学术性行业评选竞标活动；

（六）可申请加入本会全国性分支机构，及发起成立本会相关分支机构或代表机构；

（七）维护会员合法权益，帮助会员协调政府公共关系，及时解决侵权或不公正不公平待遇问题；

（八）可享有协会的法律咨询和援助服务，提高执业经营风险防范及化解能力；

（九）经申请和同意，本会可为会员单位／个人出具推荐函等支持性公函文件；

（十）可通过本会申报国家级继续医学教育项目和岗位能力资格认证培训；

（十一）可优先优惠参加本会及分支机构举办的全国性学术论坛、培训活动，并颁发国家继教学分证书和岗位职业能力证书；

（十二）经本会同意，可作为本会相关会议活动的共同举办、承办、协办、支持单位；

（十三）符合条件的会员单位，可申请建立国家行业培训基地或专家会诊中心等，并可向本会申请设立专业能力培训项目；

（十四）可邀请本会领导及行业专家开展行业调研、考察及指导工作，举办交流座谈会；

（十五）可参加本会组织的国际交流与合作，应邀出席国际会议、商贸洽谈等对外合作项目；

（十六）经本会同意，可与本会合作开展相关业务项目；

（十七）可参加享受本会举办的投融资论坛、项目推介、路演等投融资活动；包括资本运作、上市咨询、资源对接、人才培训、投后管理、品牌宣传、并购出售等投融资和咨询服务；

（十八）会员的发展事迹或举办的大型活动，经审核后可在本会官网、微信公众号、头条号及新华网·新华大健康、人民网·中国社会办医网进行视频直播或图文宣传报道；

（十九）经本会审核，可在本会网站发布人才招聘、项目合作等信息；

（二十）可使用本会药品采购平台、云HIS平台、医协体云平台；

（二十一）根据国家标准，可申请参加国际医疗旅游机构国家认证，获得认证后可与海外机构对接，开展国际医疗旅游业务；

（二十二）结合“民营医院管理年”（2020年8月-2022年12月）活动，可获得本会提供的活动方案指导、典型案例申报及督导检查活动效果等服务；

（二十三）可优先使用本会受政府委托建立的《社会办医依法执业信息监管平台》，优先参加本会依法执业和信息化建设培训；

（二十四）可享受本会合作银行提供的金融服务产品（贷款、融资、发票贷等供应链金融）、资金增值服务（各类存款、现金管理、咨询及理财）、智慧医院建设（云缴费、云支付等金融周边科技生态链构建）等金融服务；

（二十五）可享受由本会提供的单位人才发展咨询评估，构建符合自身发展特点的现代人资管理、薪酬福利及员工保障体系和激励制度，设定长期用人计划和学科建设工作；

（二十六）免费获得本会编印的公开与内部资料。