附件1：

**福州市紫外线消毒机销售补助申报表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法定代表人 |  | 注册成立时间 |  年 月 日 |
| 联系人 |  | 联系手机、电话 |  |
| 地址及邮编 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 2022年4月29日-2022年12月31日以来实际销售台数及金额（不含增值税） |  （单位元，保留至元） |
| 申请补助金额 |  （单位元，保留到元） |
| 申请单位意见： 本单位保证上述填报的内容及提供的附件材料真实、完整、无误，如有不实，本单位承担由此引起的一切责任。法定代表人签字： （单位公章） 年 月 日 |
| 专家评审意见：专家签名： 年 月 日 |
| 市工信局意见： 年 月 日 | 市科技局意见： 年 月 日 |