**“浙马路跑·与你同行”资助申请表**

单位公章： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | |  | | | |
| 单位基本情况 | 单位地址 |  | 邮政编码 |  | |
| 负责人 |  | 职 务 |  | |
| 固定  电话 |  | 手 机 |  | |
| 单位相关情况简介 |  | | | |
| 设备管理人 | 姓名 |  | 职 务 | |  |
| 固定  电话 |  | 手 机 | |  |
| 电子  邮箱 |  | | | |
| 申请单位承诺：  本单位承诺资助款项将用于自行购买AED仪器、放置AED的展示柜、急救培训以及后续相关需要更换的电池、电极片等零部件；除日常使用外，还将无偿提供给省内马拉松赛事及相关活动使用；并指定专人管理，同时接受浙江省马拉松及路跑协会和浙江省体育基金会的监督。  单位负责人签字：  　 （盖章）  　　 年 月 日 | | | | | |
| 浙江省马拉松及路跑协会意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 浙江省体育基金会审核意见：  （盖章）  　　　　　　　　　　　 　年 月 日 | | | | | |

注：1.填写单位须对填写内容真实性负责；

2.申请单位的法人登记证复印件等证明材料与本表一并提交；

3.收件地址：杭州体育场路212号省体育大厦6001室。