

## ICU 医疗补助金和捐赠表

### 第1部分

提交申请者的基本信息。

名字: \_\_\_\_\_  
姓氏: \_\_\_\_\_  
电话: \_\_\_\_\_  
电邮: \_\_\_\_\_

### 第2部分

申请组织相关信息。

名称: \_\_\_\_\_  
纳税 ID (TIN) : \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

电话/电邮: \_\_\_\_\_

此申请是否代表“教学医院”（或附属机构）提交？

是  否

ICU Medical 今年是否已经资助过该组织？

是  否

ICU Medical 在前几年是否曾资助过该组织（如果有，请提供详细信息）？

是  否

### 第3部分

支持请求

支持类型：

- 慈善捐赠
- 教育助学金
- 其他

\*慈善捐赠包括用于慈善或慈善目的的所有捐赠

\*教育助学金包括教育组织用于推进教育目的的捐款。

活动类型： \_\_\_\_\_

活动日期（如适用）： \_\_\_\_\_

活动地点（如适用）： \_\_\_\_\_

申请的金额： \_\_\_\_\_

请描述请求资助的捐赠或所资助活动的目的：

---

---

请描述捐赠或活动的目标受众：

请描述从 ICU Medical 收到的任何资金将如何用于支持该活动：

---

---

---

#### 第4部分

证明文件所需附件：

提交申请时请附上以下文件：\*

1. 活动信息（即宣传册、网址、邀请函等）
2. 贵方组织的免税/慈善身份的官方文件（如适用）

\*请注意：提交申请时未提供所需的附件可能会导致申请审核和批准发生延误。

**第5部分 确认声明**

本人在此确认，此资助申请与过去、现在或未来使用、购买或推荐 ICU Medical 产品或服务的任何决定均无直接或间接关系。

同意 英文

**正楷姓名：**

**签名：**

**日期：**

---