

附件：

项目合作意向回执

中国艺术医学协会：

为助力儿童健康事业发展，我司愿意参加贵会开展“中国儿童白癜风情况收集及艺术表达对儿童白癜风患者社会心理适应的影响研究”项目。基本信息如下：

一、企业基本信息

项目	内 容
企业名称	
统一社会信用代码	
法定代表人	
注册地址	
联系人	
联系电话	
电子邮箱	

二、合作意向

☐方式一：项目合作经费

意向金额：人民币_____万元（大写：_____）

☐方式二：自愿捐赠

意向金额：人民币_____万元（大写：_____）

三、企业声明

1. 本企业自愿参与本项目合作，未受任何强制或变相强制；

2. 本企业与协会及项目参与方不存在关联关系，或存在以下关联关系需披露：_____；

3. 本企业知悉并同意本函及后续协议的合规承诺条款；

4. 本企业承诺提供的所有信息真实、准确、完整。

四、签章

本回执自加盖公章之日起生效，作为双方后续协商的依据。

企业名称（盖章）：_____

法定代表人或授权代表（签字）：_____

日期：____年____月____日

回执提交方式

邮寄地址：北京市西城区西直门外大街 18 号金贸大厦 A 座 1208 室，中国艺术医学协会综合办公室 刘颖

电子邮箱：ysyxxh2025@163.com

联系电话：010-62061208 / 13520869064

协会确认栏

☐ 收到回执，待合规审查；

☐ 审查通过，启动协议协商；

☐ 审查未通过，原因：_____

协会经办人：_____ 日期：_____