**政务服务事项综合服务受理窗口收件要点信息表**

**（备注：本信息表中的相关内容仅供填报示范参考，政务服务事项相关要素内容的真实性、准确性以部门正式填报的信息为准。）**

填表单位（公章）： 填表日期：2017年 7 月 28日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事项名称 | | 职业卫生检测、评价技术服务机构（丙级）资质认定 | | | | | | | | | 子项名称 | 无 | | | | | |
| 事项编号 | | 430900 740640214 A 2 04 00 | | | | | | | | | 子项编号 | 无 | | | | | |
| 办件类型 | | □转报件 ■承诺件 □即办件 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否转报  上级机关 | | ■是 □否 | | 转报单位 | | |  | | | | | | | | | | |
| 事项类别 | | ■行政许可 □行政处罚 □行政强制 □行政征收 □行政给付 □行政检查 □行政确认 □行政奖励 □行政裁决 □其他行政权力 □公共服务事项 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 许可对象 | | 企事业单位 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 许可依据 | | 《中华人民共和国职业病防治法》第二十六条，《职业卫生技术服务机构监督管理暂行办法》第四条、第五条 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 收费名称及  非税执收代码 | | 收费依据 | 收费性质 | | 收费标准（元/计费单位） | | | | | | | | | 执收单位及非税执收代码 | | 收费方式 | 收费模式 |
| 不收费 | |  |  | |  | | | | | | | | |  | | □选择性收费□必须收费 | □市本级非税  □其他 |
| 许可数量 | | ■无限制 □有限制 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定期限 | | 45个工作日 | | | | | | | | | | | 承诺期限 | | 10个工作日 | | |
| 许可条件 | | **职业卫生技术服务机构丙级资质认可，**应当具备下列条件：（一）具有法人资格；（二）注册资金300万元以上，固定资产200万元以上；（三）工作场所面积不少于200平方米；（四）有健全的内部管理制度和质量保证体系；（五）有不少于10名经培训合格的专职技术人员；（六）有专职技术负责人和质量控制负责人，专职技术负责人具有与所申报业务相适应的中级以上专业技术职称和1年以上工作经验；（七）具有与所申请资质、业务范围相适应的检测、评价能力；（八）法律、行政法规、规章规定的其他条件。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 业务咨询电话 | | 0737-6204380 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请材料收件要点** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **总体要求：**1.申请材料齐全；2.申请材料符合规定形式：所有提交的材料(特殊图纸除外)使用A4规格纸张，资格证照类核对原件后，只留复印件并加盖“复印件与原件核对一致”印章。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **材料名称** | | | | | | | **材料类型** | **份数** | **要点描述** | | | | | | | |
| 1 | 法定代表人签署的申请表； | | | | | 必备 | | 原件 | 1份 | 申请表填写完整 | | | | | | | |
| 2 | 1.法人资格证明2.者名称预先核准通知书； | | | | | 必备 | | 复印件 | 1份 | 加盖“复印件与原件核对一致”印章；复印清晰 | | | | | | | |
| 3 | 注册资金和固定资产的验资证明； | | | | | 必备 | | 复印件 | 1份 | 加盖“复印件与原件核对一致”印章；复印清晰 | | | | | | | |
| 4 | 工作场所产权证明或者租赁合同 | | | | | 必备 | | 复印件 | 1份 | 加盖“复印件与原件核对一致”印章；复印清晰 | | | | | | | |
| 5 | 专职技术人员、专职技术负责人、质量控制负责人的名单及其培训合格证书、技术职称证书、工作经历证明 | | | | | 必备 | | 复印件 | 1份 | 加盖“复印件与原件核对一致”印章；复印清晰 | | | | | | | |
| 6 | 职业卫生技术服务质量管理文件 | | | | | 必备 | | 原件 | 1份 |  | | | | | | | |
| 7 | 拟开展的职业卫生技术服务项目及资质等级 | | | | | 必备 | | 原件 | 1份 |  | | | | | | | |
| 8 | 在申请职业卫生技术服务业务范围内，能够证明具有相应业务能力的文件、资料 | | | | | 必备 | | 复印件 | 1份 | 加盖“复印件与原件核对一致”印章；复印清晰 | | | | | | | |
| 9 | 法律、法规规定的其他文件、资料 | | | | | 必备 | | 复印件 | 1份 | 加盖“复印件与原件核对一致”印章；复印清晰 | | | | | | | |

负责人（签字）： 刘轶才 填报人（签字）：莫轶强 联系电话：07376204380