

广东省药师协会

粤药协〔2023〕2号

关于发展单位会员的通知

各医药企事业单位：

广东省药师协会（以下简称协会）是专业性、非营利性社会组织。根据《社会团体登记管理条例》和《广东省药师协会章程》，为更好地发挥协会自身优势，服务会员，助力医药行业发展，协会将秉承自律、维权、服务、协调的宗旨，积极开展形式多样的各类活动，加强药师队伍建设与管理；提升药师的能力和药学服务质量，促进公众合理用药，守护大众健康，为单位会员提供定制服务。为此，协会继续发展单位会员，现将协会情况及有关事项通知如下：

一、协会优势

（一）专业作用

协会拥有联络广大药师队伍的渠道，尤其在联络药品零售行业药学人员方面，拥有多种渠道，能够充分凝聚药学技术力量，有助于国家医药政策宣贯、产品整合、学术交流、保障用药安全，助力行业经营与发展，规范行业发展秩序。

（二）资源共享

协会作为连接政府与行业、企业与社会大众的桥梁和纽带，具有整合和凝聚药学资源的能力和职能。能在企业与政府之间、单位会员之间、单位会员与社会大众之间搭建交流与沟通的平台，实现资源共享，优势互补，增进相互之间的了解，交流经验，激发灵感，提高药学服务水平。

(三) 维护权益

协会坚决维护会员的合法权益，协助解决会员在维护自身权利中遇到的难题，为会员维权提供力所能及的支持和帮助。听取并向政府相关部门反映会员的呼声，积极宣传药师在服务大众健康方面的重要作用，不断提升药师的社会地位。

(四) 品牌推广

协会在社会上的品牌力、影响力、公信力能助单位会员一臂之力。作为协会的单位会员，可通过协会活动、论坛、会展、网站、微信平台等场合和宣传平台，宣传企业转型之路，展示企业创新品牌，塑造企业诚信形象，充分满足企业宣传报道及品牌建设的需求。

二、单位会员的要求

凡在中华人民共和国境内依法注册登记的药品生产、经营、使用、科研、教育、社团等单位，拥护并遵守协会《章程》，自愿履行会员义务者均可申请入会。

单位会员分为：企业单位会员、理事单位会员和副会长单位会员。

三、入会流程

(一) 下载并填写《广东省药师协会单位会员入会登记表》(附件1)；

(二) 提交加盖本单位公章的登记表原件一式三份、营业执照(或其他登记证书)、生产或经营许可证(如有)复印件各一份(寄件地址详见登记表下方)；

(三) 经理事会或理事会授权的机构审查,5个工作日后将审批结果通知申请单位；

(四) 审批同意后,新会员即可将当年会费转账到协会专用账户；

(五) 由理事会或理事会授权的机构发给会员牌匾并予以公告。

四、单位会员的权利和义务

(一) 权利

- 1、单位会员代表具有协会的选举权、被选举权和表决权；
- 2、优先参加协会组织的各项活动；
- 3、优先参加协会组织的各种法规、政策和学术研讨会议；
- 4、获得协会服务的优先权和优惠权；
- 5、对协会工作的批评建议权和监督权；
- 6、入会自愿、退会自由。

(二) 义务

- 1、拥护并遵守协会《章程》，执行协会的相关决议；

2、关心协会发展，支持协会工作，自觉维护协会的利益和信誉；

3、积极参加协会组织的各项活动，承担协会委托的工作；

4、按时足额交纳会费；

5、向协会反映诉求、积极提供行业有关情况。

五、会费标准

1、单位会员：RMB 2000.00 元/年；

2、理事单位会员：RMB 6000.00 元/年；

3、副会长单位会员：RMB 10000.00 元/年；

注：会费交纳的时间：每年一季度由秘书处向单位会员发出通知，单位会员自接到《通知单》后一个月内将会费转账至协会账户，随后由协会统一开具会费收据。

第二年照此办理会费交纳，如单位会员逾期不交纳会费，协会按照自愿退会处理。

六、协会账户

1、账户名称：广东省药师协会

2、开户银行：中国银行广州东风东路支行

3、银行账号：636660917843

注：转账请备注“会费”字样。

七、联系方式

1、联系地址：广州市越秀区东风东路 767 号东宝大厦
1711-1712 房

2、联系电话：020-37885090

3、电子邮件：gdsysxh@163.com

机遇只留给有准备的企事业单位！广东省药师协会诚挚欢迎
各医药企事业单位的加入！

让我们携起手来，共同推动医药行业的健康发展！



广东省药师协会单位会员入会登记表

单位名称					
纳税人识别号					
通讯地址				邮 编	
单位性质	<input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> 合作 <input type="checkbox"/> 合资 <input type="checkbox"/> 独资 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 民营 <input type="checkbox"/> 其他_____				
单位类别	<input type="checkbox"/> 生产 <input type="checkbox"/> 研发 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 流通 <input type="checkbox"/> 其他				
单位网址				单位邮箱	
法定代表人		职务		手机号码	
联系人		职务		手机号码	
联系人邮箱		微信号		固话/传真	
入会会员类别	<input type="checkbox"/> 副会长单位 <input type="checkbox"/> 理事单位 <input type="checkbox"/> 企业单位				
单位简介 (可另附)	基本信息：上年度 注册资金_____, 年营业额_____, 员工总数_____。				
申请单位盖章			广东省药师协会审批意见		
本单位自愿成为广东省药师协会会员, 遵守《广东省药师协会章程》和各项规章制度, 按时足额交纳会费, 积极参加该社会团体活动。 <div style="text-align: right;">(公章) 年 月 日</div>			<div style="text-align: right;">(公章) 年 月 日</div>		
备注					

注：请填妥此表并盖公章，一式三份，与加盖公章营业执照（或其他登记证书）、《药品生产许可证》或《药品经营许可证》复印件一并寄回；

地址：广州市越秀区东风东路 767 号东宝大厦 1711-1712 房

联系方式：020-37885090 冯老师 邮箱：gdsysxh@163.com