附件1：

**盲人按摩建设和品牌打造工程公益赞助活动回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | **单位地址** | **联系人** | **联系电话** | **电子邮箱** | **纳税人识别号**  **（仅捐赠单位填写）** | **活动参与方式** | |
| **方式一** | **方式二** |
| **拟捐赠金额** | **拟结对机构** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：5月10号17:00前发送到协会邮箱：sdbzzjxh@163.com | | | | | | | |