孝感市科技馆科普服务能力培训项目任务书

（代协议）

项目名称：

项目承担单位（盖章）：

项目负责人：

起止年限： 2023年10月至2023年11月

**孝感市科学技术协会**

**2023年10月**

**填 写 说 明**

1、本任务书系孝感市科学技术协会为孝感市科技馆科普服务能力培训项目而设计，任务书甲方为孝感市科学技术协会，乙方为项目承担单位。

2、本任务书一式四份，由孝感市科学技术协会与项目承担单位签订，孝感市科学技术协会二份，项目承担单位二份，每份都须签章。

3、任务书应用计算机打印填报（A4），凡不填内容的栏目，均填“无”表示。

4、开户单位名称、帐号、开户银行等信息必须经项目承担单位财务管理部门核实。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | | |
| 经费预算 | |  | | | | | | | |
| 项目周期节点 | | 起始时间 | |  | | | 结束时间 | |  |
| 项目  承担  单位 | 单位名称 | |  | | | | 单位法定代表人  姓名 | |  |
| 单位性质 | |  | | | | 组织机构代码 | |  |
| 通信地址 | |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 帐户名 | |  | | | | | | |
| 开户银行  （全称） | |  | | | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | | | |
| 项目  负责  人 | 姓 名 | |  | | 证件号码 |  | | | |
| 所在单位 | |  | | | 移动电话 | |  | |
| 项目  联系  人 | 姓 名 | |  | | 所在单位及职务 | |  | | |
| 电子邮箱 | |  | | 移动电话 | |  | | |
| 项目  方案 |  | | | | | | | | |
| 经费  预算 | 金额单位： 万元   1. 经费来源预算 2. 市科协项目拨款：   2、单位自筹：  3、其它来源：  二、经费支出预算  1、  2、 | | | | | | | | |
| 任务书签订双方意见 | 甲 方： 孝感市科学技术协会 乙 方：  法人（或授权）代表：（签章） 法人（或授权）代表：（签章）  项目联系人：（签字） 项目负责人：（签字） 联系电话： 联系电话：  地 址：孝感市复兴大道1号 地 址：  单位公章 单位公章  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |