**会员专用资金账户解绑申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 会员填写 | 会员交易资金账号： |
| 会员编号： 会员名称： |
| 申请人： 申请人联系方式：申请人邮箱： |
| 解绑原因： |
| 广东省药品交易中心:我单位申请变更（解绑）在 银行开设的专用资金账户（原银行账号： ）,请批准。 单位公章：法人签章：: 年 月 日 |
| 药交中心审批 |  银行：我中心同意 会员（会员交易资金帐号： ）到贵行变更/解绑专用资金账户，请协助办理。  经办人：  广东省药品交易中心盖章 年 月 日  |

备注：1.请将以上信息填写准确，并将该申请表的扫描件及加盖公章的申请人身份证复印件一并发送至药交中心专用邮箱(jiesuanzu@gdmede.com.cn)。

 2.经药交中心审核通过后，将该申请表发送至申请人邮箱，请务必确保邮箱地址的准确性并及时查收。

 3.会员可携带经药交中心审批通过的申请表到银行解绑变更。