附件2

泸州医药产业园区

建设用地地质灾害危险性评估成果使用申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称\* | |  | | | |
| 项目地址 | |  | | | |
| 规划用地文件（规划条件/建设项目用地预审与选址意见书/建设用地规划许可证）文号\* | | | |  | |
| 建设单位 | 用地  单位\*  (姓名） |  | 地址\* | |  |
| 联系电话\* | |  |
| 统一社会信用代码、组织机构代码、工商登记码或自然人身份证号码\* |  | | |
| 受委托人\* |  | 联系电话\* | | 办公：  手机： |
| 属性\* | □行政机关□事业单位□企业单位□驻泸部队□其他单位□个人 | | | |
| 成果送达方式 | | □接办理单位通知后到现场领取 □邮政速递（邮费到付） | | | |
| 使用承诺 | | 我单位（个人）已知悉泸州医药产业园区申请使用建设用地地质灾害危险性评估成果数据的有关政策和规定要求，对申报资料的真实性及数据的准确性负责，自愿承担虚报、瞒报、造假等不正当手段而产生的一切法律责任，承诺取得建设用地地质灾害危险性评估成果后用于支持所申请的建设工程项目办理相关审批手续，不用于其他用途。  申请单位盖章：  受委托人签名：  年 月 日 | | | |
| 领取回执 | | 我单位（个人）已领取所申请的泸州医药产业园区建设用地地质灾害危险性评估成果数据。  受委托人（领取人）签名：  年 月 日 | | | |