资 信 证 明

|  |  |
| --- | --- |
| 设置单位（人） |  |
| 地址 |  |
| 资金总额： 万元；其 中：固定资金 万元；流动资金 万元 |
| 固定资金来源构成和数额 |  |
| 流动资金来源和数额 |  |
| 主管财务单位证明 | 经审查，情况属实，同意将固定资金 万元和流动资金 万元作为该医疗机构的注册资金（资本）。我单位对上述注册资金（资本）的真实性承担责任。负责人签字：年 月 日（公章） |
| 财政部门或其认定部门意见 | 审查意见负责人签字：年 月 日（公章） |
| 附注 | 流动资金来源按照会计科目具体项目填写 |

注：无上级主管部门的设置单位或者个人，应当提交银行出具的资信证明。