附件2

顺义区食品药品违法案件举报奖励审批表

编号：顺食药奖 字〔 〕 号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| 举报人姓名 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 接报单位 |  | 办理部门 |  | 联系电话 |  |
| 申请单位 |  | 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 案件描述（含时间、地点、违法事实、案值及查处情况）： | | | | | |
| 举报级别（在相应括号内划√）  一级（ ）；二级（ ）；三级（ ） | | | | | |
| 货值金额（在相应括号内划√）  5万以上（ ）；5000元—5万（ ）；不足5000元或难以计算（ ） | | | | | |
| 处罚决定书编号： | | | | | |
| 案件承办部门意见：  符合奖励条件，建议奖励金额 元。  部门负责人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 区食品药品安全委员会办公室意见：  （签章） 年 月 日 | | | | | |
| 区食品药品安全委员会办公室领导审核意见： | | | | | |
| 签字： 年 月 日 | | | | | |