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 |