附件1

2023-2024年度全区医保经办管理服务评价第三方服务采购项目

报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 比选供应商名称 |  |
| 法定代表人姓名 |  |
| 法定代表人身份证号码 |  |
| 联系人姓名 |  |
| 联系人身份证号 |  |
| 联系电话、邮箱 |  |
| 单位详细地址 |  |