**附件**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 锦屏农信联社员工补充医疗保险合作保险机构  征集报名 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| \*供应商名称（盖章） |  | | \*法定代表人 | |  | |
| \*统一社会 信用代码 |  | | \*注册资本 | |  | |
| \*成立日期 |  | | \*公司固定电话 （含区号） | |  | |
| \*联系人 |  | \*移动电话 |  | \*邮箱 |  | |
| 供应商简介 |  | | | | | |
| \*工商登记 经营范围 |  | | | | | |
| 产品/服务项目简介 |  | | | | | |
| 截止本公告发出之日前成功案例（产品名称/项目名称） | 同业案例数量 | | | | | |
| 案例名称（含同业及我社） | 供货内容/服务内容 | 合同金额  （万元） | 履约情况 | | 用户及联系方式 |
|  |  |  |  | |  |

标注“\*”为必填项