**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