|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 水城农信联社补充医疗保险服务机构征集报名表 | | | | | |
|  | | | | | |
| 报名项目名称:水城农信联社补充医疗保险代理服务采购 | | | | | |
| \*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 |  | | | | |
| 备注  \*（企业及控股股东和管理人员，与水城农信联社理事会、监事会、党委会、高级管理层成员及采购需求部门成员之间存在近亲属、相互占股等关联的，必须备注说明） |  | | | | |