**古蔺县人民医院院内采购项目报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **团体意外伤害保险服务** | | |
| **报名单位名称** |  | | |
| **报名单位地址** |  | | |
| **经办人姓名** |  | **联系电话** |  |
| **经办人身份证号** |  | | |
| **提供资料** | **须提供：1.单位营业执照；2.如果为法人须提供法人身份证（若经办人不是单位法人，须提供单位法人委托书、单位法人身份证、被委托人身份证复印件）。** | | |
| 声明：以上资料均真实有效，若为虚假资料须承担相应的法律责任！  报名人：（盖章）  日 期： 年 月 日 | | | |