

附件

四川省医疗保障局档案整理及数字化服务项目报名表

单位名称			
通讯地址			
联系人		电话	
电子邮箱			
我公司（单位）自愿参加四川省医疗保障局档案整理及数字化服务项目，并保证所填事项属实。 法定代表人（负责人）或委托代理人签名（盖章）： 填写日期： 年 月 日			
备注： 报名须提供营业执照（登记证书）复印件加盖公章，授权委托书（原件）及委托代理人身份证复印件加盖公章，法定代表人（负责人）直接报名的无需提供授权委托书。			