## 附件1:

|  |
| --- |
| 内江市普惠型健康保险专业机构遴选报名表 |
| 参选机构名称 | 平台公司和特药公司都需填写 |
| 参选机构注册地址 |  仅填联合体牵头人地址（以下内容照此填写） |
| 项目负责人姓名 |  | 联系电话（手机） |  |
| 项目负责人身份证号 |  | 邮箱 |  |
| 现场报名人员姓名 |  | 现场报名人员身份证号 |  |
| **注意事项：遴选邀请函将通过以上联系电话及邮箱送达，请认真核实，否则后果自负。** |
|  确认本机构符合遴选资格性条件，自愿报名参与内江市普惠型健康保险专业机构遴选，将按照相关要求认真准备。 确认委托本表上的项目负责人全权负责本项目后续工作，委托本表上的现场报名人员进行报名。 参选机构名称（加盖公章）：  年 月 日 |
|
| 现场报名人员身份证复印件粘贴区域（正面） | 现场报名人员身份证复印件粘贴区域（反面） |
| 注：请勿随意改变本表格式及项目，本表须加盖参选机构公章。 |