附件1：

鄂尔多斯市第四人民医院第三方医保业务检查及培训服务服务项目报名表

鄂尔多斯市第四人民医院：

                                  (单位全称)自愿参加贵单位组织的“第四人民医院第三方医保业务检查及培训服务”询价采购项目。我方保证提供询价项目要求的全部资料真实、合法。若我方被选定为成交人，我方将严格按照相关要求履行责任和义务。

  公司名称：

公司地址：

联系人：

联系电话（手机）：

单位全称（公章）：

法定代表人签字：

           日          期： 2025年 月  日