附件1

宁夏回族自治区医疗保障局公开比选招标代理机构报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 报名代理机构名称 |  |
| 法定代表人姓名 |  |
| 法定代表人身份证号码 |  |
| 联系人姓名 |  |
| 联系人身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 代理机构详细地址 |  |