

附件 1

中卫市医疗保障局医保数据防护 能力提升项目报名表

中卫市医疗保障局：

_____ (单位全称)自愿参加贵单位组织的“中卫市医疗保障局医保数据防护能力提升项目”书面询价活动。
我方保证提供询价活动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。

详细地址： _____

邮 编： _____

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