**附件1：**

**介 绍 信**

四川千惠项目管理有限公司：

兹介绍我单位经办人员 同志（身份证号码： ），到你处办理相关事宜。

**□**购买自贡市医疗保障事务中心国家集采医保资金结余留用数据核查项目（项目编号：F51032820250425）的招标（采购）文件事宜。

**□**领取自贡市医疗保障事务中心国家集采医保资金结余留用数据核查项目（项目编号： F51032820250425）的《中标（成交）通知书》事宜。请予接洽为谢。（有效期天）

**注**：在对应的**□**打“√”。

单位名称：（盖公章）

年 月 日

**特别提醒！**

1. 购买采购文件的单位应当在采购文件获取时间内将此介绍信扫描件、经办人员身份证正反面扫描件（加盖公章）发送至四川千惠项目管理有限公司电子邮箱。
2. 领取《中标（成交）通知书》的成交供应商应当在中标（成交）结果公示后将此介绍信扫描件、经办人员身份证正反面扫描件（加盖公章）发送至四川千惠项目管理有限公司电子邮箱。
3. [四川千惠项目管理有限公司电子邮箱：sc\_qhcx@163.com。](mailto:四川千惠项目管理有限公司电子邮箱sc_qhcx@163.com。)
4. 联系电话：0813-3900908/5201578。

附：经办人员身份证正反面扫描件

## 附件2：

**供应商报名申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号 | F51032820250425 |
| 项目名称 | 自贡市医疗保障事务中心国家集采医保资金结余留用数据  核查项目 |
| 分包号（若有） | ☑ 无  □ 有（第包） |
| 供应商名称 |  |
| 注册地址 |  |
| 固定电话（若有） |  |
| 收件电子邮箱 |  |
| 经办人 |  |
| 经办人移动电话 |  |
| 备 注 | 以上内容均为必填项 |

**特别提醒！**

请供应商填写完整相关信息后加盖公章，将此表扫描件发送至四川千惠项目管理有限公司电子邮箱：[sc\_qhcx@163.com](mailto:sc_qhcx@163.com；)，联系电话：0813-3900908/5201578；供应商提供的电子邮箱须准确无误，如因供应商原因导致项目相关资料传送不到或延迟收到的由供应商自行负责；供应商报名成功后请自行及时查阅收件电子邮箱相关文件。

供应商名称：XXXXXXXXXXXX（盖公章）

法定代表人/负责人/经办人（签字）：XXX

日 期：XXXX年XX月XX日

## 附件3：

**收款单位相关信息**

（1）对公银行账户：

户 名：四川千惠项目管理有限公司

开户行：四川银行股份有限公司成都分行

账 号：78220100086125877

行 号：313651071998

1. 对公收款二维码：

必须备注：付款单位名称+项目名称（报名费或代理费或咨询费），否则自行承担不利后果。

