附件1：

东城区卫生健康委政府购买服务项目承办申请书

一、基本情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 东城区卫生健康委员会2024年度计划生育特别扶助对象保险项目 | | | |
| 项目申报单位 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 |  |
| 电子信箱 |  | | 传真电话 |  |
| 法定代表人 |  | | 法人代码 |  |
|  | 姓名 | 职务 | 办公电话 | 手机 |
| 负责人 |  |  |  |  |
| 联系人 |  |  |  |  |

二、申报单位简介

|  |
| --- |
|  |

三、项目方案（简略介绍）

|  |
| --- |
|  |

四、列举本单位承担政府采购项目经历

|  |
| --- |
|  |

五、项目经费预算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 保险人均费用 | 金额（元） |
| 1 |  |  |

六、申报单位承诺

|  |
| --- |
| 我们确认项目申报内容的真实性，并愿意承担相应的责任。  负责人签字： 申报单位公章  年 月 日 |