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 | 2023年度东城区卫生健康委员会计划生育特殊扶助对象保险政府购买服务项目 |
| 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 |