附件1：

**北京中医药大学东直门医院（通州院区）医保电子凭证、全量信息上传及医保移动支付HIS系统改造项目报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 投标单位名称（加盖公章） | 项目联系人 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
| 1 |  |  |  |  |  |