表1：

河池市中医医院车辆保险服务项目报名表

项目名称：河池市中医医院车辆保险服务项目 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 联系人 | 联系电话 | 地址 |
| 1 |   |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |