附件2：

比 选 函

致云南省医疗保险基金管理中心：

我单位（公司）决定参加“云南省2023年至2025年省本级职工大额医疗费用补助和省属在昆高校大学生2023年至2025年大病补充医疗保险项目”公开招标代理机构比选，并同时由法定代表人 （或法定代表人正式授权的委托代理人 ）提交比选文件 份（ 正 副）。

一、比选文件包括以下内容：

代理机构应根据实际提供内容逐项列明。

代理机构递交比选文件时提交资格证明资料原件。

二、我单位（或公司）同意以下事项：

1.遵守比选的各项条款及一切有关规定；

2.向贵方提供所有与本项目有关的真实有效的数据、情况和技术资料；

3.本比选文件自贵方收到之日生效，有效期至递交截止时间后六十日，在此期间本比选文件之规定对我方具有约束力；

4.如果我方成交，则至合同履行完成为止，本比选文件保持有效；

5.我方完全理解贵方不一定要接受最低报价的代理机构为成交代理机构的行为。

代理机构全称（加盖公章）： 法定代表人或委托代理人签字：

电话： 传真： 日期：