附件2

省本级职工大额医疗费用补助和省属在昆高校大学生2026年至2028年大病补充医疗保险项目政府采购代理机构比选

申

请

函

供应商名称（盖公章）：

法定代表人或其委托代理人（签字或盖章）：

地址：

联系人： 联系电话：

日期：