附件7

项目拟派人员情况表

项目名称：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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 职务/职称 | 执业或职业资格证明 | | | |
| 证书名称 | 级别 | 证书编号 | 专业 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |

备注：1、本表可扩展及增加；

2、本表需附人员的相关证书等复印件。

供应商全称（加盖公章）：

法定代表人或其委托代理人（签字或盖章）：

年 月 日