附件2

**企业合作意向表**

|  |
| --- |
| **企业基本信息** |
| 公司名称 |  |
| **负责人信息** |
| 姓名 |  | 职务 |  |
| 手机 |  | E-mail |  |
| **合作内容** |
|  |

备注：请参与企业详细填写本合作意向表并加盖单位公章，于**2022年7月30日**前将扫描件发送至专委会秘书处邮箱，谢谢！

附件3

**账户信息及联系方式**

账户信息：

账户名：中国非公立医疗机构协会

账 号：692037379

开户行：中国民生银行股份有限公司北京航天桥支行

秘书处联系方式：

联系人：黄荣春

手 机：15221513685

电 话：021-53832151

邮 箱：szbtx@cnmia.org

地 址：上海市成都北路500号峻岭广场202B室

邮 编：200003