# 容城县人民医院执业医师职业责任保险服务项目

**市场调研报价书**

申请人： （盖单位章）

 年 月 日

**附件1：申请**

致：容城县人民医院

1．我方已仔细研究了执业医师职业责任保险服务项目市场调研的全部内容，自愿参加本项目的调研活动。

2. 我方已认真核对和检查了提供给贵方的所有资料，全部内容均真实、准确，我方对此负完全责任，并愿意承担由此而引起的法律责任。

申请人： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字）

地址：

电话：

邮箱：

邮政编码

 年 月 日

**附件2：法定代表人授权书**

本人 系 的法定代表人，现委托 ，身份证号码： 为我方代理人，代理人根据授权，以我方名义参加执业医师职业责任保险服务项目的市场调研活动。

申 请 人： （盖单位章）

法定代表人： （签字或盖章）

委托代理人： （签字）

 年 月 日

后附法定代表人身份证复印件及授权代理人身份证复印件

**附件3：执业医师职业责任保险服务项目报价单**

致：容城县人民医院

我公司仔细研究了本项目的基本情况，根据本公司的实际情况，我公司医师责任险保险方案为：

报价为：人民币 元，（大写 ）。

申 请 人： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字或盖章）

 年 月 日

**附件4：**

**企业法人营业执照副本复印件**

**附件5：保险业务许可证复印件**