附件：

报名登记表

|  |
| --- |
| 所报项目：**瑞康医院在职工会会员2025年电影兑换券** |
| 报名单位（全称）： |
| 法定代表人： | 联系人： | 联系方式： |
| 销售产品 | 电影兑换券 |
| 说明：我单位采购每份电影兑换券支付人民币150元整，每份电影兑换券面值由遴选单位自主报价。 |
| 电影兑换券初次报价 | 面值 元 |
| 产品使用有效期（月） |  |
| 兑换范围（可使用影院数量） |  |
| 产品优势 |  |
| 备 注 |  |
| 符合条件的单位，请报送《报名登记表》（盖章PDF和word两个版本）和资质审核材料PDF版进行初审，邮件附件请以“单位名称+电影兑换券”格式命名，于2024年12月23日（周一）中午12:00前发送到工会邮箱：rkgh2009@163.com进行报名，逾期不予受理。 |