附件：

遴选单位报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 所报项目全称：**瑞康医院2024年在职工会会员电影兑换券** | |
| 意向报名商家全称： | |
| 法定代表人： 电话： | |
| 联系人： 电话： | |
| 销售产品 |  |
| 兑换范围  （可使用影院数量） |  |
| 初次报价（张/元） |  |
| 预算可采购数量（张） |  |
| 使用方式 | * 线下使用 □线上使用 □线上线下通用 |
| 产品使用有效期 |  |
| 产品优势 |  |
| 备 注 |  |
| 符合条件的单位请填写本表，于2024年4月14日（星期日）上午9:00前发送到工会邮箱：rkgh2009@163.com进行报名，逾期不予受理。本表须提交盖章扫描版和可编辑Word版各壹份。 | |