2018最IN数字医疗解决方案

申报材料

申报单位(盖章)：

联系人： 联系电话：

手机： Email：

通讯地址： 邮政编码：

填报日期： 2018 年 月 日

# 申报须知

1. 申请材料的各项内容，要实事求是、逐条认真填写，表达要明确。

二、申报项目须有签字、加盖机构公章的电子版（扫描/拍摄）申报材料一份，文件名请以“项目所在单位的名称”进行命名。

四、附件清单中的填报内容必须要提交。项目申请方可根据自身情况提供其他必要的材料，并请将材料名称按照顺序添加到《附件清单》中。

五、重要声明

项目获奖后，相关信息将会在获奖信息公布及相关展示宣传性文件中出现(包括但不限于项目名称、客户名称等)。

2018最IN数字医疗解决方案

申报材料

1. 申报单位基本信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 单位人员规模 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 电话 |  |
| Email |  | 传真 |  |

1. 申报方案基本信息

|  |  |
| --- | --- |
| 解决方案名称 |  |
| 申报领域 |  |
| 用户定位 |  |
| 解决方案介绍 | | |
| （300字以内） | | |
| 解决方案先进性描述 | | |
| （150字以内） | | |
| 企业推荐意见 | | |
| （100字以内） | | |
| 方案公示授权书 | | |
| 郑重承诺：  本单位同意接受评选组委会制定的有关本次活动的参选标准以及规则。我们承诺本单位所提供的数据等材料是真实的、准确的，否则由此造成的一切后果由本公司负责承担。  □同意公示本项目信息  □不同意公示本项目信息  项目经理签字：  单位盖章：  年 月 日 | | |

**附件清单：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 备注 |
| 1 | 单位同意申报的证明材料（签字、加盖机构公章的电子版申报材料一份） |  |
| 2 | 申报单位LOGO矢量图(AI格式) |  |
| 3 | 企业营业执照复印件（电子档） |  |
| 4 | 其他自备材料 |  |