附件6

项目拟派人员情况表

项目名称：省本级2023年至2025年省本级职工大额医疗费用补助和省属在昆高校大学生大病补充医疗保险项目公开招标代理机构比选

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 职务/职称 | 执业或职业资格证明 | | | |
| 证书名称 | 级别 | 证书编号 | 专业 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |

备注：1、本表可扩展及增加；

2、本表需附人员的相关证书等复印件。

代理机构全称（加盖公章）：

法定代表人或其委托代理人（签字或盖章）：

年 月 日