附件

泉州市医疗保障局“两病”防治视频制作申报表

申报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 |  | | |
| 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | | |
| 1. **申报单位的短视频拍摄制作技术能力水平说明** 2. **本项目制作组成员名单及专业背景**   **三、项目报价**  报价： （元）  **四、申报单位2020年以来中标政府部门视频采购项目情况** | | | |