**附件 智慧医院战略合作伙伴申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **基本****信息** | 企业名称 |  |
| 企业地址 |  |
| 企业类型 |  |
| 经营范围 |  |
| 企业官网 |  |
| 法定代表人姓名 |  | 注册资金 |  |
| 成立时间 |  | 员工人数 |  |
| **联系****方式** | 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮件 |  |
| **企业简介** | （填写企业简介，包括企业的发展历程、核心业务、市场定位等） |
| **合作意向** |  |
| **企业优势** | 1. 您的企业在上述领域的专业优势和核心竞争力（请详细描述）：
 |
| 1. 您认为企业在智慧医院建设中能够提供的具体支持和贡献（如技术、设备、资金、服务等）：
 |
| 1. 企业在医疗领域已有的合作案例或成功项目（请提供具体实例）：
 |
| **公司资质****荣誉** | 1. 企业获得的主要资质、认证和荣誉（如ISO认证、高新技术企业认证等）：
 |
| 1. 企业在社会责任和企业文化方面的主要举措（如公益活动、员工福利等）：
 |
| 1. 企业在行业内的地位和影响力（如市场占有率、行业排名等）：
 |
| **合作模式** | 您期望的合作模式（可多选）：□技术合作（联合研发、技术共享等）□项目合作（参与智慧医院建设项目等）□资本合作（投资智慧医疗创新项目等）□服务合作（提供智慧医疗相关服务等）□其他（请补充）：  |
| **合作****期望** | 1. 您希望通过合作达到的具体目标：
 |
| 1. 您对智慧医院建设的建议和期望：
 |
| **其他补充信息** | 请提供任何其他您认为对合作有帮助的信息： |
| **承诺****声明** | 我公司郑重承诺：以上填写内容真实、准确，并愿意为智慧医院建设贡献力量，共同推动智慧医疗的发展。企业名称（盖章）： 法定代表人签字 ： 日 期 ：  |
| **附件** | 请提供以下材料作为申请的附件：1.企业营业执照副本复印件2.企业主要资质、认证和荣誉证书复印件3.企业简介及宣传资料4.其他相关证明材料 |