## 附件：战略合作银行申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | 银行名称 |  | | |
| 银行地址 |  | | |
| 银行类型 |  | | |
| 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 |  | | |
| **银行简介** | （填写银行简介，包括银行的经营状况、服务能力和未发发展方向等） | | | |
| **银行优势** | 1. 银行在医院智慧金融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）： | | | |
| 2. 银行在医疗领域已有的合作案例或成功项目（请提供具体实例）： | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **银行资质荣誉** | 1. 银行在行业内的地位和影响力： |
| 2. 银行在社会责任和银行文化方面的主要举措（如公益活动、员工福利等）： |
| **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（参与医院智慧金融建设项目等） * 资本合作（投资智慧金融创新项目等） * 服务合作（提供智慧金融相关服务等） * 其他（请补充）： |
| **合作期望** | 1. 您希望通过合作达到的具体目标： |
| 2. 您对医院智慧金融建设的建议和期望： |

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | 我行郑重承诺：以上填写内容真实、准确，并愿意为医院智慧金融建设贡献力量，共同推动医院智慧金融的发展。  银行名称（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. 银行营业执照副本复印件 2. 银行主要资质、认证和荣誉证书复印件 3. 银行简介及宣传资料 4. 其他相关证明材料 |