**附件二**：

保险公司信息审核表

|  |
| --- |
| 1、公司名称：  |
| 2、地 址： |
| 3、 企业法人营业执照号： 有效期： 年 月 日 至 年 月 日  |
| 4、 注册资本： 法定代表人： |
| 5、保险公司资质证号： 等 级: 有效期： 年 月 日 至 年 月 日 |
| 6、授权代理人姓名： 联系电话： 授权有效期： 年 月 日至 年 月 日 |
| 7、开户银行： 银行帐号： |
| 8、其他资质材料名称： |
| 公司声明：以上向贵院提供的信息资料符合相关法律法规之规定，本公司对资料的真实性和合法性承担完全法律责任。 |
|  声明人（保险公司章）： |
|  法定代表人（签名）： |
|  年 月 日 |

备注：以保险公司分支机构参与比选的，法定代表人签字可由机构负责人或代理人签字。