附件1：

湖南省农村基础保险服务“村村通”试点项目申请表

（单位公章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | | 法定代表人  /负责人 |  |
| 总公司名称  （申请单位为法人机构的可不填） |  | | 法定代表人 |  |
| 公司地址 |  | | 邮政编码 |  |
| 公司联系人 |  | | 手机号码 |  |
| 基本情况 | 注册资本 |  | 员工数量 |  |
| 2019年营业收入 |  | 2019年净利润 |  |
| 在我省分支机构数量 |  | 业务范围 |  |
| 意向试点地区 | 第一意向 | | 第二意向 | |
|  | |  | |
| 意向试点地区内分支机构数量 |  | |  | |
| 意向合作机构 |  | | | |
| 经费预算 |  | | | |