济南市长期护理保险辅助器具产品自荐表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | | |
| 联系人 |  | 电话号码 |  |
| 自荐产品 |  | | |
| 自荐辅助器具依据的标准、产品价格、产品特点、自荐原因等信息。  法定代表人签字： 单位（公章）:  年 月 日 | | | |