附件2

济南市数字化转型诊断服务商汇总表

所属区县（盖章） 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | **注册地** | **统一社会信用代码** | **服务行业（至多填写三个，按优先级排列）** | **单位性质** | **诊断服务案例数（个）** | **联系人** | **手机号码** |
|  | XXX省XXX市XXX区县XXX |  | （如装备制造、冶金钢铁、电子信息、生物医药、新能源、新材料等） | （事业单位、社会团体、国有企业、民营企业、三资企业、其他） |  |  |  |

备注：济南市外申报单位无须区县盖章