**吴川市卫生健康局2024年医疗设备采购项目**

需求调查响应资料

供应商：

联系人：

联系方式：

电子邮箱：

日期：

一、**采购需求问卷调查表**

1. **接受需求调查的市场主体基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 注册资金 |  | 成立时间 |  |
| 注册地址 |  |
| 邮政编码 |  | 员工总数 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 电话 |  |
| 网址 |  | 传真 |  |
| 法定代表人（单位负责人） | 姓名 |  | 电话 |  |
| 是否属于中小微企业（根据本项目采购标的对应的中小企业划分标准所属行业） | 本项目所属行业为工业。从业人员1000人以下或营业收入40000万元以下的为中小微型企业。其中，从业人员300人及以上，且营业收入2000万元及以上的为中型企业；从业人员20人及以上，且营业收入300万元及以上的为小型企业；从业人员20人以下或营业收入300万元以下的为微型企业。🞎中型企业 🞎小型企业 🞎微型企业 |
| 备注 | *（可针对本采购项目进行说明）* |

（注：供应商可根据实际情况选填，也可以在此基础上外延增加内容）

1. **采购需求反馈意见（每个产品分别填写以下表格）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品信息 | 产品名称 |  | 拟供产品品牌规格型号 |  |
| 制造商名称、国籍 |  | 原产地、 国籍 |  |
| 制造商类型  | □大型企业 □中型企业 □小型企业 □微型企业 □境外企业 备注：本项目所属行业为工业。从业人员1000人以下或营业收入40000万元以下的为中小微型企业。其中，从业人员300人及以上，且营业收入2000万元及以上的为中型企业；从业人员20人及以上，且营业收入300万元及以上的为小型企业；从业人员20人以下或营业收入300万元以下的为微型企业。 |
| 技术指标 | 参数（采购标的的功能和质量要求） | （可另附页） |
| 配置要求 | （可另附页） |
| 国产产品不能满足的技术指标及说明（逐条列出） | （国产产品无需提供此项） |
| 拟供品牌的产品特点说明 | （技术先进性，功能齐全性、使用寿命、配套产品等。与同类产品相比较的优点、缺点） |
| 产品性能与业务需求的关联 | （项目实施的必要性：结合采购人的单位的实际情况（等级、业务特点等），说明采购此产品可帮助采购人开展的业务有哪些？） |
| 产品全生命周期中的相关信息 | 可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况 | 1、产品生命全周期期限 |  |
| 2、质保期：  | 厂家质保期时间为：年 |
| 质保期后每年运行维护成本：  |
| 维保指定代理商名称：  |
| 3、升级更新： | （如有）  |
| 4、备品备件： |  （如有） |
| 5、耗材： | （如有）  |
| 市场信息 | 相关产业发展情况 | （如现有产品的技术路线、工艺水平、技术水平或行业的发展历程、行业现状等。） |
| 市场供给情况 | （如市场竞争程度及价格水平、潜在供应商的数量、履约能力、售后服务能力等。） |

**二、产品报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 品牌、型号 | 是否进口 | 数量 | 单价(元) | 总价(元) | 保修期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：若涉及配套耗材，请另附耗材价格

**三、同类产品历史成交信息后附中标通知书或合同复印件**

注：潜在供应商根据调查公告要求提供相关资料。