附件2：

**德保县人民医院**

**高清腹腔镜系统采购项目方案项目问卷调查表**

**一、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 |  |
| 与本项目采购需求相关的资质证书（如有） |  | | | |
| 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） |  | | | |
| 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）

**二、采购需求反馈意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **调查项** | **实际情况、对《采购项目概况》的意见或建议等** |
| **采购标的所在产业发展情况** | 国内对此类项目的相关产业发展情况 |
| 答： |
| **市场供给情况** | 1.贵单位是否为此类型项目的唯一供应商?  2.请概述此类项目相关设备、产品的市场供给情况？ |
| 答： |
| **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** | 请贵单位提供此类型项目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。 |
| 答： |
| **中小企业是否胜任本项目** | 中小企业是否胜任本项目？ |
| 答： |
| **有关服务内容要求** | 贵单位认为：此类项目是否有服务标准？分别是那些（国家、行业、地区）？ |
| 答： |
| 对人员、设备的基本配置要求、数量，贵单位是否有更好的建议？ |
| 答： |
| 项目的考核规定（包含考核评分标准）要求贵单位是否有较好的建议？ |
| 答： |
| **有关商务要求** | 1.贵单位针对本项目建议的市场价格是多少？  2.贵单位对本项目的交付期限的建议？  3.贵单位对本项目售后服务的建议？ |
| 答： |
| **建议** | 1.采购标的技术、商务要求的建议  2.有利于项目实施的其他建议 |
| 答： |

注：按表格中要求的调查项，根据实际情况进行填写。贵单位可在“建议”处提出贵单位对本项目采购需求的意见或建议；若无任何意见或建议的，请在对应项处填写“无”。

供应商名称（盖章）

2025年 月 日