**惠州市中大惠亚医院医用气体项目采购需求问卷调查表**

**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（邮箱） |  | 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） |  | | | |
| 备注 | （可针对本采购项目类型并结合自身实际情况进行说明） | | | |

*（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、采购需求调查**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **调查项** | **实际情况、对《采购需求》的意见或建议等** | | | | |
| **相关行业发展情况** | 医院医用气体行业发展情况概述 | | | | |
| 答： | | | | |
| **市场供给情况** | 医院医用气体行业市场供给情况 | | | | |
| 答： | | | | |
| **同类项目历史成交情况** | 合同履行时间 | 采购人 | 合同项目名称 | 合同主要标的名称 | 合同价  （元） |
| （XXXX年X月X日-XXXX年X月X日） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **后续采购情况** | 本项目可能涉及的后续采购（若不存在，填“否”）？ | | | | |
| 答： | | | | |
| **有关商务要求** | 1.本项目的报价方式是否合理？  2.贵单位能否接受本项目的付款方式？ | | | | |
| 答：  1.  2. | | | | |
| **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  3.贵单位认为其他需要提出的意见 | | | | |
| 答：  1.  2.  3. | | | | |

*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）

年月日

**完成填写后，烦请发送PDF电子扫描版及Word电子版至指定邮箱：zdhyyyhqk@163.com**

**如有疑问，可致电联系：**

**联系人：廖小姐**

**联系方式：0752-6516990-8983**