**中山大学中山眼科中心超声乳化治疗仪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**(加盖公章)** |  | | | |
| 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/邮箱 |  |
| 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或者认证证书 | 如有请罗列证书名称： | | | |
| 人员情况 | 公司实有人员情况： | | | |
| 根据本项目采购标的对应的中小企业划分标准所属行业（**工业**），贵单位拟**投标产品制造商**属于哪种类型的企业（大、中、小、微） | □大型企业 □中型企业 □小型企业 □微型企业 | | | |
| 贵单位**投标产品制造商**所属行业（按《关于印发中小企业划型标准规定的通知》（工信部联企业〔2011〕300号）进划分，**并提供中小企业相关证明材料**） |  | | | |
| 备注 | （可针对本采购项目需求进行说明） | | | |

（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，进口产品的制造商不适用《中小企业划型标准规定》(工信部联企业〔2011〕300号)规定的中小企业划分标准，也不能享受中国的政府采购中小企业扶持政策。）

1. **采购需求反馈意见**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **调查项** | **实际情况及对项目的意见等** | | | | | |
| **贵单位近3年来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 | 品牌型号 | 合同价（万元） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **是否能胜任本项目，并展开说明** | 答： | | | | | |
| 相关服务的情况（包括**采购标的所在产业发展情况、市场供给情况、项目实施情况等**） | 1.本项目采购标的技术路线、工艺水平、技术水平及行业的发展历程、行业现状如何？  答： | | | | | |
| 2.本项目采购标的可能涉及有哪些企业资质、产品资质、人员资质？  答： | | | | | |
| 3.本项目采购标的涉及的相关标准和规范有哪些？  答： | | | | | |
| 4.本项目采购标的目前的市场竞争程度如何？  答： | | | | | |
| 5.本项目采购标的价格水平或价格构成？  答： | | | | | |
| 6.本项目采购标的目前市场潜在供应商数量大概有多少？履约能力如何？服务能力如何？。  答： | | | | | |
| 7.贵单位是否是本类项目的唯一供应商?  答： | | | | | |
| 8.本项目采购标的可能涉及的运行维护、升级更新等情况？  答： | | | | | |
| 9.对于供应商资格要求是否有建议或其他要求？  答： | | | | | |
| 10.是否能够提供投入本项目服务的团队组成及具体人员的相关信息？  答： | | | | | |
| 11.针对项目提出的创新服务  答： | | | | | |
| 12.针对项目提出的特色服务  答： | | | | | |
| **建议** | 采购标的技术、商务要求的建议  答： | | | | | |
| 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(加盖公章)：**

**日期： 年 月 日**

1. **可选配置、易损件**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 型号 | 配置规格 | 数量 | 单位 | 单价（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注 |  | | | | | | |

注：如无需备品备件，在备注处说明：无备品备件内容。

**供应商名称(加盖公章)：**

**日期： 年 月 日**

附件：

（供应商可将相关内容以附件的形式按顺序提供）

**特别说明：**

1、资料递交：符合资格条件的供应商请将以下资料扫描件按顺序整合成一个**word文件及PDF文件**（其中PDF文件应加盖单位公章），资料名称及邮件主题名称按“**中山大学中山眼科中心超声乳化治疗仪+供应商名称**”命名并发送至**邮箱：hualunyibu@163.com**，**同时将盖章纸质版资料快递至广州市越秀区广仁路1号广仁大厦7楼（钟小姐、赖先生，020-83172166-816、813）。**

2、电子资料递交截止时间为**2025年 月 日17时30分（以电子版资料发送至上述邮箱为准，建议调查单位发送电子版资料后向广东华伦招标有限公司的联系人致电确认）**。若逾期或者未按照要求递交资料，电子版资料及纸质版资料不予受理。

3、联系方式

联系人：钟小姐、赖先生

联系电话：020-83172166-816、813