**附件1：采购项目采购需求调查反馈资料**

**采购需求调查反馈资料**

采购项目名称：广州医科大学附属妇女儿童医疗中心基金资助患儿手术/麻醉意外身故保险采购项目

1. **贵单位的基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 企业规模情况（根据本项目采购标的对应的中小企业划分标准所属行业，如是中小微企业，请供应商登陆https://xwqy.gsxt.gov.cn/进行查询，附上截图） | 大型企业（ ） 中型企业（ ） 小型企业（ ） 微小型企业（ ） |
| 备注 | *（可针对本采购项目进行说明）* |

1. **采购需求反馈意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **调查项** | **实际情况、反馈意见等** |
| **要求** | 项目进行需求调查，对相关技术参数和预算价格提出修改意见。 |
| **中小企业是否能够胜任本项目工作的说明** | 1. 本项目内容是否适合由中小企业承担：是否全部（或部分）可以由中小企业制造（货物类项目）【/承建（工程类项目）或者承接（服务类项目）】。
2. 请说明：
 |
| **资质要求** | 参与论证公司资质要求：1. 公司营业执照正副本复印件
2. 公司组织机构代码证正副本复印件
3. 公司税务登记证正副本复印件
4. 公司法人和代理人身份证复印件
5. 公司法人给论证代理人授权书

以上1-5项资质均加盖公司公章 |
| **其他** | 请贵单位自行说明 |
| **建议** | 1. 请贵单位简明扼要地描述一下本项目工作中的重点、有可能存在的难点及针对本项目实施过程中的有效建议。
2. 请贵单位简明扼要地描述有利于项目实施的其他建议。
3. 请贵单位简明扼要地描述如何应对项目的紧急情况。
 |
|  |  |

注：按表格中要求的调查项，根据实际情况进行填写。贵单位可不限于上述内容，可自行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”。

1. 供应商保险信息及报价

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 投保人年龄段 | 产品名称 | 保额 | 保障时间 | 单价 | 总价 | 使用时长 | 参数（另附表） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（供应商名称）（盖章）

2024年 月 日