**中山市疾病预防控制中心2025年腹泻症候群监测相关仪器与试剂耗材采购项目**

**市场调研资料**

**报名公司：**

**联系人：**

**联系方式：**

**电子邮箱：**

**日期：**

**中山市疾病预防控制中心2025年腹泻症候群监测相关仪器与试剂耗材采购项目**

**采购需求调研问卷调查表**

1. **接受需求调研的市场主体基本情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 联系方式 | 联系人 |  | 电话 |  |
| 传真/邮箱 |  | | |
| 与本项目采购需求可能相关的资质或认证证书 | 贵单位具备的相关资质、许可证书： | | | |
| 备注 |  | | | |

（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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **调查项** | **行业情况及对本项目的意见建议等** | | | | |
| **采购标的所在产业发展情况** | 请对采购标的行业现状进行概述。  答： | | | | |
| 请对采购标的可能涉及的企业资质、人员资质进行概述。  答： | | | | |
| 请对采购标的可能涉及的相关标准和规范进行概述。  答： | | | | |
| **市场供给情况** | 请对本项目潜在供应商的市场竞争程度进行概述。  答： | | | | |
| 请对本项目价格水平或价格构成等进行概述。  答： | | | | |
| **贵单位近3年来（2022年1月1日至今）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 | 项目预算 | 合同价 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **贵单位的履约能力** | 请问贵单位是否胜任本项目？请简要说明贵单位对本项目的履约能力。  答： | | | | |
| **贵单位的服务能力** | 请简要描述贵单位对完成本项目能够提供的技术支持、技术合作点、以及拟投入本项目团队的人员配置情况。  答：    答：  我公司承诺将快速响应，100%满足采购方的后期服务需求。 | | | | |
| 请说明贵单位针对本项目能提供的创新服务和特色服务。  答： | | | | |
| **建议** | 有利于本项目实施的意见建议。  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”。

1. **中小企业声明函**

**中小企业声明函（货物）**

本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，本公司（联合体）参加（单位名称）的（项目名称）采购活动，提供的货物全部由符合政策要求的中小企业制造。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1. （标的名称） ，属于 工业 行业；制造商为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

2. （标的名称） ，属于 工业 行业；制造商为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

…………

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日期：

1 从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。

1. **同类产品历史成交信息后附中标通知书或合同复印件**