**中山市第三人民医院2023-2024饭堂服务项目采购需求调查问卷**

1. **接受需求调查的市场主体基本情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 注册资金 | 万元 | | 成立时间 | 年 月 日 |
| 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： | | | |
| 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）

**采购需求反馈意见**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **调查项** | **实际情况及对项目的意见等** | | | | |
| **采购标的所在产业发展情况** | 答： | | | | |
| **市场供给情况** | 答： | | | | |
| **贵单位近5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 | 合同价（单价） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **是否能胜任本项目** | 答： | | | | |
| **相关服务的情况** | 1、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： | | | | |
| 2、针对项目提出的创新服务 | | | | |
| 答： | | | | |
| 3、针对项目提出的特色服务 | | | | |
| 答： | | | | |
| **关于采购预算** | 以下是本项目采购金额：人民币28,000,000.00元（两年）  内容：中山市第三人民医院2023-2024饭堂服务项目（包含新院及旧院）。  因应现阶段行业环境及展望未来3年，结合供应商成本控制、利润及估量市场竞争等因素，建议合理的采购价格范围（请附价格表）。 | | | | |
| 答： | | | | |
| 建议 | 1. 采购标的技术、商务要求的建议   答： | | | | |
| 1. 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”。

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），文件名请按“中山市第三人民医院2023-2024饭堂服务项目采购需求调查问卷+供应商名称”命名并发送至邮箱：电子邮箱：[tenderzs@163.com](mailto:tenderzs@163.com)

2、资料递交截止日期：2022年09月21日17:30。逾期或者未按照要求递交资料，不予受理。

3、联系方式

联系人：劳先生

联系电话：0760-88811601、88808187