**附：采购需求调查反馈意见书**

**采购需求调查反馈意见书**

**东莞市妇幼保健院：**

针对《**东莞市妇幼保健院氧气购买服务项目**》采购需求调查，供应商对本项目进行调查反馈，具体内容如下：

**一、供应商基本情况（附公司介绍、营业执照等）**

单位名称：

经营范围：

联 系 人：

联系电话：

电子邮箱：

公司介绍：

**二、需求调查**

**（一）相关产业发展：**

1.现有的服务技术水平、行业的发展历程及行业现状等：

2.可能涉及的企业资质、人员资质：

3.涉及的相关标准和规范：

**（二）市场供给情况：**

1.市场竞争程度：

2.价格水平或价格构成：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **标的名称** | **计量**  **单位** | **预计数量** | **规格** | **单价（元）** |
| 1 | 医用氧 | 瓶 | 51瓶 | 纯度99.5%，40L气瓶 |  |
| 2 | 医用氧（小瓶） | 瓶 | 2047瓶 | 纯度99.5%，2L/10L气瓶 |  |
| 3 | 医用液态氧 | 公斤 | 1119241公斤 | 纯度99.5% |  |

3.潜在供应商的数量、履约能力、售后服务能力：

**（三）同类采购项目历史成交信息**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购人** | **项目名称** | **项目预算** | **中标人** | **中标价** | **服务年限** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **……** |  |  |  |  |  |  |

**（四）后续采购情况**

1.可能涉及的服务情况、服务质量等情况：

**（五）其他情况或建议**

如有，请详细说明。

供应商名称（加盖公章）：

日期：2025年 月 日