**调 查 资 料**

**项目名称：2025-2026年度鹤山市人民医院医用氧气供应服务采购项目**

**供应商名称：**

**供应商地址：**

**联 系 人：**

**联系电话：**

 **日 期： 年 月 日**

**调查资料目录**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **文件** | **序号** | **文件名称** | **备注** |
| 调查资料 | 1 | 采购需求意见及建议表（附件2） |  |
| 2 | 项目相关需要调查的内容（附件3） |  |
| 3 | 响应文件 |  |

**附件2：采购需求意见及建议表**

**采购需求意见及建议表**

|  |
| --- |
| **一、项目概况** |
| 项目名称 | 2025-2026年度鹤山市人民医院医用氧气供应服务采购项目 |
| **二、采购需求反馈** |
|  |

**附件3：项目相关需要调查的内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 2025-2026年度鹤山市人民医院医用氧气供应服务采购项目 |
| 相关事项 | 相 关 意 见 |
| 项目相关产业发展情况 | 1.现有产品的技术路线、工艺水平、技术水平或行业的发展历程、行业现状等 |  |
| 2.可能涉及的企业资质、产品资质、人员资质 |  |
| 3.涉及的相关标准和规范 |  |
| 市场供给情况 | 1.市场竞争程度 |  |
| 2.价格水平或价格构成 |  |
| 3.潜在供应商的数量、履约能力、售后服务能力 |  |
| 同类采购项目历史成交信息（包括采购单位、项目名称、项目预算、中标人、中标价等） |  |
| 后续采购情况（包括但不限于可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等情况） |  |
| 其他事项 |  |
| 医用氧气供应报价（元/立方）价格包括医用液氧、医用液氧储罐、汽化器、调压装置等配套设施设备的使用及相关服务等所有费用。 |  |
| 市场主体名称（盖章） |  | 日 期 |  年 月 日 |