**调 查 资 料**

**项目名称：2025-2027年度鹤山市人民医院医疗**

**责任保险项目**

**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 | **2025-2027年度鹤山市人民医院医疗责任保险项目** |
| **二、采购需求反馈** | |
|  | |

**附件3：项目相关需要调查的内容**

**（一）相关产业发展**

1.现有产品的技术路线、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：

**（二）市场供给**

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：

**（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** | **中标品牌** | **中标型号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：供应商需对所提供的资料的真实性负责。

**(四)本项目供应商报价**