附件：

（服务类）

**需求调查响应文件**

**项目名称：《江门市第二人民医院医疗织物洗涤外送项目》**

**联系人：**

**联系固定电话及手机：**

**联系地址：**

**供应商名称（盖章）：**

**日期： 年 月 日**

一、供应商服务基本信息

|  |  |
| --- | --- |
| 服务单位名称 |  |
| 服务单位注册地址 |  |
| 服务机构地址 |  |
| 服务单位商品经营范围 |  |
| 项目报价 | 院内医疗织物洗涤数量约为3000件/天，外送项目每件洗涤费： 元/件。 |

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日

二、市场需求情况

此部分为本次需求调查关键信息，请各潜在供应商填写以下表格，提供丰富、完善、详实的市场需求情况。

|  |  |
| --- | --- |
| 产业发展状况 | 1.现有服务的技术路线、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、许可证、产品资质、人员资质:3.涉及的相关标准和规范: |

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 市场供给情况 | 1.其他合作单位此项目情况（包括合作单位名称、收费标准）：2.价格水平或价格构成:3.潜在供应商的数量、履约能力、服务能力: |

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 其他有关事项 |  |

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日

1. 外送场地，设备等照片、商品图片等

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日

四、单位的营业执照、相关许可证、人员证书等

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日