**调研信息**

**项目名称：深汕中心医院二期建设项目放射诊疗职业病危害评价及核技术利用建设项目环境影响评价服务**

**联系人：**

**联系电话：**

**供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

1. **项目概况**

中山大学孙逸仙纪念医院深汕中心医院因业务需要，需采购二期建设项目放射诊疗职业病危害评价及核技术利用建设项目环境影响评价服务1项。

**二、市场需求情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 产业发展状况 | （包括但不限于：**产业介绍、行业发展历程及行业现状等**） |
| 市场供给情况 | （包括但不限于：**潜在供应商的数量及市场占比情况、市场价格构成**、**市场竞争程度、履约能力及售后服务能力**） |
| 资质要求 | （包括但不限于：可能涉及的企业资质及人员资质） |
| 涉及的相关标准和规范 |  |
| 同类采购项目历史成交信息 |  |
| 风险管理措施 | （可能出现的风险情况及风险管控措施） |
| 其他有关事项 |  |

**三、商务要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商务要求 | 交付时间 |  |
| 地点 | 中山大学孙逸仙纪念医院深汕中心医院指定地点 |
| 付款进度和方式 |  |
| 验收方案 |  |
| 售后服务 |  |
| 保险 |  |
| 其他要求（如有） |  |

**四、供应商情况**

**1、供应商情况介绍表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 供应商名称 |  | 供应商是否属于中小企业 | □是 □否 |
| 供应商电子邮箱 |  | 供应商电话 |  |
| 联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 近三年同类型项目业绩**（提供三家以上医院合同复印件或中标通知书复印件。****）** | 成交单位名称 | 成交时间 | 成交价格（元） |
| 1、 |  |  |
| 2、 |  |  |
| 3、 |  |  |
| 相关产业发展情况 |  |
| 意向报价（元） |  |
| 人员配备 |  | 服务响应时间 |  |
| 供应商授权代表确认 | 我单位承诺提供的以上信息均属实，如有虚假，将承担相应责任。签字确认： 20 年 月 日 |

设备清单明细

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评价内容** | **科室** | **数量** | **预评/元** | **环评/元** | **控评验收/元** | **环评验收/元** |
| 1 | 直线加速器 | **B2放疗中心** | 3 |  |  |  |  |
| 2 | 赛博刀 | 1 |  |  |  |  |
| 3 | MRI直加 | 1 |  |  |  |  |
| 4 | 定位CT | 2 |  |  |  |  |
| 5 | TOMO | 1 |  |  |  |  |
| 6 | PET-CT |  **B1核医学** | 1 |  |  |  |  |
| 7 | SPECT | 1 |  |  |  |  |
| 8 | 回旋加速器（B3） | 1 |  |  |  |  |
| 9 | 核素病房 | 9 |  |  |  |  |
| 10 | CT | **1F放射科** | 3 |  |  |  |  |
| 11 | DR | 2 |  |  |  |  |
| 12 | MRI（1.5t-3.0t） | 4 |  |  |  |  |
| 13 | 7.0tMRI | 1 |  |  |  |  |
| 14 | 5.0tMRI | 1 |  |  |  |  |
| 15 | 乳腺钼靶 | 1 |  |  |  |  |
| 16 | CT | **1F体检中心** | 1 |  |  |  |  |
| 17 | DR | 1 |  |  |  |  |
| 18 | CT | **1F急救急诊** | 1 |  |  |  |  |
| 19 | DR | 1 |  |  |  |  |
| 20 | DSA | 1 |  |  |  |  |
| 21 | MRI | 1 |  |  |  |  |
| 22 | ERCP | **3F内镜中心** | 2 |  |  |  |  |
| 23 | MRI | **4F中心手术部** | 1 |  |  |  |  |
| 24 | 滑轨CT | 1 |  |  |  |  |
| 25 | 百级防辐射手术室 | 3 |  |  |  |  |
| 26 | DSA复合手术室（百级） | 1 |  |  |  |  |
| 27 | CT复合手术室（百级） | 1 |  |  |  |  |
| 28 | 万级防辐射手术室 | 4 |  |  |  |  |
| 29 | DSA | **4F导管中心** | 4 |  |  |  |  |
| 30 | DR | **6F住院检查中心** | 1 |  |  |  |  |
| 31 | 移动DR | 1 |  |  |  |  |
| 32 | CT（1F） | **感染楼** | 1 |  |  |  |  |
| 33 | DR（1F） | 1 |  |  |  |  |
| 34 | CT | **发热门诊** | 1 |  |  |  |  |
| 35 | 合计 |  | **60** |  |  |  |  |
| 36 | 总合计 |  |

**如表中的供应商是否属于中小企业选了“是”，需提供中小企业声明函（格式见下表）**

**五、相关文件参考格式**

1、**法定代表人（负责人）证明书**

中山大学孙逸仙纪念医院深汕中心医院：

 \_\_\_\_\_\_\_\_现任我单位\_\_\_\_\_\_\_\_职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：

附：代表人性别：\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_ 身份证号码：

注册号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 企业类型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

经营范围：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商(公章)：

地址：

法定代表/负责人（签名）：

日期： 年 月 日

法定代表人

**有效期内的**居民身份证复印件（正面） 粘贴处

法定代表人

**有效期内的**居民身份证复印件（反面） 粘贴处

**2、法定代表人（负责人）授权委托书**

**（如适用)**

中山大学孙逸仙纪念医院深汕中心医院：

本授权书声明：（法定代表人姓名）代表 （公司全称） 授权（姓名、职务）为我司的合法代理人，就深汕中心医院二期建设项目放射诊疗职业病危害评价及核技术利用建设项目环境影响评价服务，全权代表我司参与本项目市场调研、报名响应和合同执行，以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书自签字之日起生效，特此声明。

响应供应商(公章)：

地址：

法定代表/负责人（签名）：

授权代理人（签名）：

日期： 年 月 日

被授权人（授权代表）

**有效期内的**居民身份证复印件（正面） 粘贴处

被授权人（授权代表）

**有效期内的**居民身份证复印件（反面） 粘贴处

**2、中小企业声明函**

**中小企业声明函**

本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46 号）的规定，本公司（联合体）参加（单位名称）的（项目名称）采购活动，相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1. （投标人名称） ，属于（采购文件中明确的所属行业）行业；从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

2. （投标人名称） ，属于（采购文件中明确的所属行业）行业；从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

……

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日期：

**注：**

**1、从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。**