**东莞市康复医院饭堂食材配送服务**

**采购需求调查表**

东莞市德晟招标有限公司：

针对《东莞市康复医院饭堂食材配送服务》采购需求调查问卷，我公司反馈调查问卷情况如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 供应商名称 | |  |
| 供应商简介 | |  |
| **一、相关产业发展** | 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 |  |
| 可能涉及的企业资质、产品资质、人员资质 |  |
| 涉及的相关标准和规范 |  |
| **二、市场供给** | 市场竞争程度 |  |
| 价格水平或价格构成 |  |
| 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** | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **（四）后续采购情况** | 是否涉及运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购 |  |
| **（五）其他情况** |  |  |
| 联系人及联系方式 | |  |

注：采购需求调查反馈意见书填写要求

1、请参与需求调查的供应商按照《采购需求调查表》的要求如实填写并加盖公章，在2024年12月5日17：00前将原件送达或快递到广东省东莞市东城街道罗沙路东城段1号国泰大厦1栋516室，如有其他对本次项目的意见或建议，也可一并提供；

2、本次采购需求调查的结果将作为东莞市康复医院饭堂食材配送服务采购需求的参考，不影响供应商后续参与本项目的采购活动；

### 3、联系人及电话：张工 0769-22887817。

### 东莞市德晟招标有限公司