**附件1：**

**惠州市中心血站全自动核酸检测系统租赁服务项目问卷调查表**

**一、接受市场调研的市场主体基本情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | （填写并加盖公章） | | | | |
| 联系地址 |  | | | | |
| 联系方式 | 联系人 |  | | 电话 |  |
| 邮箱 |  | | 传真 |  |
| 生产厂家 | 品牌及型号 |  | 产地 | |  |
| 联系人 |  | 电话 | |  |
| 与本项目采购需求相关的资质证书（如有） |  | | | | |
| 制造商适用：  是否属于中小微企业（根据本项目采购标的对应的中小企业划分标准所属行业） | 全自动核酸检测系统，属于 工业 行业；**制造商**为 （企业名称） ，从业人员人，营业收入为万元，资产总额为万元1，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；  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。  2、上述（企业名称）填写的是制造商的相关信息。 | | | | |
| 租赁适用：  是否属于中小微企业（根据本项目采购标的对应的中小企业划分标准所属行业） | 全自动核酸检测系统服务，属于 租赁和商务服务业 行业；**服务企业（出租企业）**为 （企业名称） ，从业人员人，营业收入为万元，资产总额为万元1，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；  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。  2、上述（企业名称）填写的是租赁公司的相关信息。 | | | | |
| **（1）工业。**从业人员1000人以下或营业收入40000万元以下的为中小微型企业。其中，  从业人员300人及以上，且营业收入2000万元及以上的为中型企业；  从业人员20人及以上，且营业收入300万元及以上的为小型企业；  从业人员20人以下或营业收入300万元以下的为微型企业。  **（2）租赁和商务服务业。**从业人员300人以下或资产总额120000万元以下的为中小微型企业。其中，  从业人员100人及以上，且资产总额8000万元及以上的为中型企业；  从业人员10人及以上，且资产总额100万元及以上的为小型企业；  从业人员10人以下或资产总额100万元以下的为微型企业。 | | | | | |
| 备注 | （可针对本采购项目进行说明） | | | | |

（注：供应商可根据实际情况选填，也可以在此基础上外延增加内容）

**二、采购需求反馈意见**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **调查项** | **实际情况及对项目的意见或建议等** | | | | |
| **采购标的所在产业发展情况** | 对国内此类项目的相关产业发展情况进行概述。 | | | | |
| 答： | | | | |
| 对国内此类项目使用租赁的发展情况进行概述。  答： | | | | |
| **市场供给情况** | 1.贵单位是否为此类型项目的唯一供应商?  2.请概述贵单位目前的市场占有率大概情况？  3、如本项目采购人使用租赁的方式，贵单位是否接受并能提供此类设备的租赁服务？ | | | | |
| 答： | | | | |
| **销售类业绩：贵单位近3年来同类设备销售历史成交情况** | **合同履行时间** | **采购人** | **合同项目名称** | **合同主要标的名称** | **合同价**  **（元）** |
| （XXXX年X月X日-XXXX年X月X日） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **租赁类业绩：贵单位近3年来同类设备租赁历史成交情况** | **合同履行时间** | **采购人** | **合同项目名称** | **合同主要标的名称** | **合同价**  **（元）** |
| （XXXX年X月X日-XXXX年X月X日） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **质保期** | 1.如采购人采用直接购买的方式，本设备国家或行业最低免费质保期要求期限是多久？ | | | | |
| 答： | | | | |
| 2.如采购人采用租赁的方式，本设备国家或行业最低免费质保期要求期限是多久？ | | | | |
| **有关合同履行期限和验收** | 1.如采购人采用直接购买的方式，贵单位认为本设备合同送货时间及履行期限有无建议？ | | | | |
| 答： | | | | |
| 2.如采购人采用租赁的方式，贵单位认为本设备合同送货时间及履行期限有无建议？ | | | | |
| 答： | | | | |
| **医疗器械管理的产品** | 1、本项目是否属于医疗器械管理的产品？能否提供产品的医疗器械生产许可或经营许可证。 | | | | |
| 答：  （1）所投产品属于第类医疗器械；  （2）生产企业能提供证；经营企业能提供证。 | | | | |
| **设备采购或租赁** | 1、贵单位认为从市场**成本、灵活性、风险方面**来分析，本设备采购人采取直接采购或租赁哪种方式更实惠？ | | | | |
| 答： | | | | |
| **设备技术参数** | 1.贵单位认为本设备技术参数是否有需要修改或补充完善的？（可按附件13格式填写） | | | | |
| 答： | | | | |
| **建议** | 1.针对本项目技术、商务要求的建议  2.有利于项目实施的其他建议 | | | | |
| 答： | | | | |

注：按表格中要求的调查项，根据实际情况进行填写。贵单位可在“建议”处提出贵单位对本项目采购需求的意见或建议；若无任何意见或建议的，请在对应项处填写“无”。

（供应商名称）（盖章）：

年月日

后附：

**格式1**

**企业营业执照**

根据全自动核酸检测系统市场调查问卷内容，我公司现按调查内容提交调查问卷。

后附企业营业执照复印件 分支机构参与的，须提供总公司和分公司营业执照复印件，总公司出具给分支机构的授权书。

格式2

**诚信参与市场调研及诚信报价承诺书**

致：惠州市中心血站

本公司郑重承诺：

一、遵守政府采购法律、法规和规章制度，维护医院采购市场秩序和公平竞争环境；

二、依法诚信认真对待本次市场调研活动，自觉维护采购人的合法权益；

三、不恶意竞价，调研报价真实有效且可依法提供相应货物，调研报价与投标价不会差异巨大；

四、对于本次调研，我司不存在以下情形：

①单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商；

②除单一来源采购项目外，为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该采购项目的其他采购活动；

③涉及围猎标的或陪标或围标的法律规定禁止的情况等。

五、主动接受采购人及相关监督管理部门的监督检查。

本公司若有违反本承诺内容的行为，愿意承担相应的后果和法律责任。

公司法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

公司名称（签章）：

日期：年月日

格式3

**采购设备报价清单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 参数规格/型号 | 单位 | 数量 | 单价  （单位：元） | 合计  （单位：元） | 品牌/生产厂家 |
| 1 | 全自动核酸检测系统 |  | 台 | 1 |  |  |  |

注：报价包干，应包括但不限于安装调试费、税费、维护等不可预见费用。

**租赁设备报价清单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称 | 参数规格/型号 | 单位 | 数量 | 单价  （单位：元/月） | 合计  （单位：元/月） | 品牌/生产厂家 |
| 1 | 全自动核酸检测系统租赁 |  | 台 | 1 |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |

注：报价包干，应包括但不限于安装调试费、税费、维护等不可预见费用。采用租赁的，是否还有其他耗材、配件费用，如有，请列明。如租赁费已包含了其他耗材、配件费用，也请说明。

报价公司：（盖章）

日期：

格式4

**法定代表人资格证明书及法定代表人授权书**

**（1）法定代表人/负责人资格证明书**

致：惠州市中心血站

同志，现任我单位职务，为法定代表人，特此证明。

签发日期： 单位： （盖章）

附：代表人性别： 年龄：

身份证号码： 联系电话：

营业执照号码： 经济性质：

主营（产）：

兼营（产）：

进口物品经营许可证号码：

主营：

兼营：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

1. 内容必须填写真实、清楚、涂改无效。

法定代表人身份证复印件正面

法定代表人身份证复印件反面

**（2）法定代表人/负责人授权委托书**

致：惠州市中心血站

兹授权同志，为我方签订经济合同及办理其他事务代理人，其权限是：参与“全自动核酸检测系统”的市场调研及提交、签署与本项目市场调研的一切文书资料。

授权单位： （盖章） 法定代表人（签名或盖私章）：

有效期限：至 年 月 日 签发日期：

附：代理人性别： 年龄： 职务：

身份证号码： 联系电话：

营业执照号码： 经济性质：

主营（产）：

兼营（产）：

进口物品经营许可证号码：

主营：

兼营：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效。

3.授权权限：全权代表本公司参与上述采购项目的调研响应，负责提供与签署确认一切文书资料，以及贵方递交的任何补充承诺。

4.调研签字代表为法定代表人，则本表不适用。

代理人身份证复印件正面

代理人身份证复印件反面

代理人身份证复印件

如法定代表人亲自办理，则无需提供授权委托书。

格式5

**提供资料真实性承诺书**

本公司已按照血细胞分离机调研（询价）公告要求提供了相关资料，本公司郑重承诺，我公司所提交的资料均真实有效，如有虚假，将依法承担相应责任。

公司名称（盖章）：

日期：年 月日

**附件6**

1、报价公司股东组成人员名单及查询证明（可参考使用国家企业信用信息公示网、天眼查、企查查等相关网站截图）

2、“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）及中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）网站截图查询证明加盖公章（查询时间必须在调研公告的报名开始时间后，才为有效）

**附件7**

生产商营业执照、营业状态截图（如提供“国家企业信用信息公示系统”（www.gsxt.gov.cn/index.html）查询截图）

**附件8**

本项目是否属于医疗器械管理的产品？能否提供产品的医疗器械生产许可或经营许可证。

**附件9**

产品彩页、产品主要功能特点介绍、技术参数、配套耗材及价格。

**附件10**

1、如采用采购方式，贵公司提供的产品供货和服务方案

2、如采用租赁方式，贵公司提供的产品租赁服务方案

**附件11**

1、如采用采购方式，产品售后服务承诺函

2、如采用租赁方式，产品售后服务承诺函

**附件12**

价格佐证资料（购置同型号产品的发票或合同或中标通知书复印件），因涉及到设备配置不同，价格佐证资料以合同复印件为优先，如提供发票或中标通知书复印件，需同时附该设备的配置清单。

1、销售类业绩

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 合同履行时间 | 采购人 | 合同项目名称 | 合同主要标的名称 | 合同价  （元） |
| （XXXX年X月X日-XXXX年X月X日） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2、租赁类业绩

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 合同履行时间 | 采购人 | 合同项目名称 | 合同主要标的名称 | 合同价  （元） |
| （XXXX年X月X日-XXXX年X月X日） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**附件13**

**技术参数响应表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **调研公告技术参数要求** | **调研供应商响应情况** | **是否偏离（正偏离/完全响应/负偏离）** | **如正偏离或负偏离，请具体说明偏离的内容** | **建议**  **（如有）** |
|  | 1. 包含样本信息录入、智能分拣、样本在不同试管载架间的转架、样本开/关盖、样本存储、混样、提取、扩增体系构建、自动封膜等多项功能在内的全套设备； |  |  |  |  |
|  | 1. 检测方法学：采用实时荧光PCR技术，检测血液中HBV、HCV和HIV三种病毒，单管检测三项，且实现病毒全基因型覆盖，HBV-DNA基因型覆盖A、B、C、D、E、F、G、H；HCV-RNA基因型覆盖1、2、3、4、5、6；HIV-1型 RNA亚型覆盖M组、N组、O组，HIV-2型（**能否提供**国家食品药品监督管理局批准的说明书） |  |  |  |  |
|  | 1. 检测通量：单人份检测不小于96份样本/4小时，汇集检测不小于500人份/5小时，完成从样品扫码、分拣、开/关盖、汇集、核酸提取、扩增体系构建、封膜及PCR扩增检测全过程 |  |  |  |  |
|  | 检测模式：采用单人份检测与混样检测模式，混样检测采用不超过8人份样本汇集检测模式。**（能否提供**国家食品药品监督管理局批准的说明书） |  |  |  |  |
|  | 试剂灵敏度：达到国家标准要求。 |  |  |  |  |
|  | 质保年限: 至少为五年，维保/年费用:终身免费 |  |  |  |  |
|  | 是否有详细的配置清单，如有，请列明 |  |  |  |  |

注：供应商应当如实填写上表“调研供应商响应情况”处内容，对本项目所投产品提出的参数要求作出明确响应，并列明具体响应数值或内容。

**供应商认为技术参数需要补充的可填写下列表格**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **调研供应商认为有必要补充的技术参数** | **供应商认为有必要设为“▲”号重要参数或“★”号实质性条款的** | **是否为贵公司独有专利或独有的技术工艺。** | **备注**  **（如有相关依据可在此说明）** |
|  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

注：调研公告技术参数要求仅为采购人所需的最基本要求，为方便采购人后续采购的设备需求完整详细，供应商可在“调研公告技术参数要求”的基础上，继续细化或补充技术参数条款，但补充的技术参数条款不得涉及倾向性、指定性。