**附件2：**

**采购需求调查反馈资料表**

采购项目名称：广州中医药大学第三附属医院车辆保险服务项目

1. **贵单位的基本情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 注册资金 |  | | 成立时间 |  |
| 注册地址 |  | | | |
| 邮政编码 |  | | 员工总数 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 电话 |  |
| 网址 |  | 传真 |  |
| 法定代表人  （单位负责人） | 姓名 |  | 电话 |  |
| 与本项目采购需求相关的资质证书 |  | | | |
| 备注 | *（可针对本采购项目进行说明）* | | | |

1. **采购需求反馈意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **调查项** | **实际情况、反馈意见等** |
| **近3年（即2021年1月1日至今）来同类项目历史成交情况** | 贵单位近3年来历史成交情况清单（相关信息须至少包括项目名称、合作单位、合同服务期限、合同金额、合作单位联系人及固话），如有医院业绩的请在清单体现。 |
| **供应商资格要求** | 1. 供应商须为经国家保险监督管理机构批准在中华人民共和国境内设立和营业的，并依法被核定许可经营的保险机构（提供有效期内的保险许可证（分公司或中心支公司的保险机构提交响应文件的，须提供《经营保险业务许可证》；总公司递交响应文件的，须提供《保险公司法人许可证》））；   2、本项目只接受保险分公司或中心支公司以上的保险机构参与议价；  （该要求是否合理，请提出具体意见建议） |
| **服务要求** | 本次保险项目是否有必要设有专人专项服务？ |
| **其他需要说明的内容** |  |

注：按表格中要求的调查项，根据实际情况进行填写。贵单位可不限于上述内容，可自行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）

2024年 月 日