

附件 3

采购需求调查和征集资料

| | |
|-------|-----------------------|
| 项目名称 | 2025 年度医疗责任保险项目 |
| 项目编号 | 456190658-2024-05-029 |
| 供应商名称 | |
| 供应商地址 | |
| 联系人 | |
| 联系电话 | |
| 日期 | 年 月 日 |

资料目录表

| 文件类型 | 序号 | 文件名称 | 提交情况 | | 页数 | 备注 |
|---|----|--|------|---|----|----|
| | | | 有 | 无 | | |
| 相关资料 | 1 | 采购需求调查表 | | | | |
| | 2 | 采购需求意见和建议 | | | | |
| | 3 | 报价清单 | | | | |
| | 4 | 其他相关证明材料（包括：1. 营业执照或相关单位登记证书（若法人或者其他组织参与的），自然人的身份证明（若自然人参与的）；2. 法定代表人/负责人证明书或授权委托书。） | | | | |
| 备注：1. 供应商认为有必要提交的其他文件可自行增加表格栏目，以上相关资料提交时应按照《资料目录表》的排列顺序。2. 所有资料需提供盖章版扫描件（PDF 格式）及可编辑电子版本。 | | | | | | |

供应商名称（盖章）：

时间： 年 月 日

采购需求调查表

| | |
|--------------------------|-----------------|
| 项目名称 | 2025 年度医疗责任保险项目 |
| 生产厂家（供应商）名称 | |
| 公司简介 | |
| 相关产业发展 | |
| 市场供给 | |
| 同类采购项目历史成交信息，注明医院名称、成交价格 | |
| 服务计划 | |
| 承保及赔付方案 | |
| 参加项目人员情况 | |
| 其他情况说明 | |

备注：1. 表格仅供参考，可根据情况进行修改，内容较多可增加页码。2. 供应商需对所提供的资料的真实性负责。

供应商名称（盖章）：

时间： 年 月 日

采购需求意见和建议

| 序号 | 项目 | 内容 |
|----|-------------|----|
| 1 | 采购需求意见和建议方面 | |
| 2 | 标的信息方面 | |

备注：1. 表格仅供参考，可根据情况进行修改，内容较多可增加页码。2. 供应商需对所提供的资料的真实性负责。3. 供应商可对标的信息进行完善、细化，并对采购方法、付款方式等提供的意见及建议。

供应商名称（盖章）：
时间： 年 月 日

其他相关证明材料

1. 营业执照或相关单位登记证书（若法人或者其他组织参与的），自然人的身份证明（若自然人参与的）；
2. 法定代表人/负责人证明书或授权委托书（格式自拟）；
3. 其他相关证明文件或材料。

备注：请按照所提供的顺序，对相关资料进行整理与归类。