

附件 3

采购需求调查和征集资料

项目名称	医保药品追溯信息采集接口项目
项目编号	456190658-2025-04-003
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	医保药品追溯信息采集接口项目
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	
系统可能涉及的运行维护、升级更新方案	
软件升级、备件供应等后续采购，如有请注明名称、单价	
系统部署对医院场地要求（基建、防护、屏蔽、供电、供水、供气、信息化）及操作人员资质要求	
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	名称及技术参数方面	

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. 供应商可对采购需求技术参数进行完善、细化，并对采购方法、到货周期、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。