昆明医科大学附属口腔医院新院建设可行性研究报告编制服务项目

**需求征询反馈资料**

生产企业或供应商名称（盖单位章）：

联系人及联系电话：

日期：

# 一、生产企业或供应商基本情况

1、生产企业或供应商基本情况介绍

附：营业执照、服务资格等复印件

1.1企业资格

附：供应商认为本项目实施应具有的所有资质材料等复印件；格式自拟

1.2人员资格

附：供应商认为本项目实施应具有的所有人员资质材料等复印件；格式自拟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1．公司人员 | | | |
| 人 员  数 量 |  | | 其他 |
| 总 数 | 人 | |  |
| 拟为本项目提供的  人员总数 | 项目组成员： | | 支持人员： |
| 2.拟派往本项目的管理人员和技术人员 | | | |
| 人员类别 | 从事本专业工作时间 | | |
| 姓 名 | 从事本项目工作年限 | 备 注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2、法定代表人身份证明书

供应商名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

供应商名称：（盖单位章）

年 月 日

3、法定代表人授权委托书

致：

本授权书声明： （供应商全称） 的法定代表人代表本公司授权（委托代理人姓名）为本公司合法代理人，就贵方组织的有关（采购项目名称）的采购需求征集，以本单位名义处理一切与之有关的事务。

法定代表人：（签字）

供应商名称：（盖单位章）

签发日期： 年 月 日

附：

委托代理人姓名：

职务：

身份证号码：

详细地址：

电话：

**注: 委托代理人身份证复印件附在此页。**

# 二、项目实施具体内容

项目实施方案；服务范围、具体内容等

格式自拟

三、项目成果文件

# 四、项目周期时限

项目实施时间计划表；格式自拟

五、合理化建议

格式自拟

六、服务费用

费用参考

可行性研究报告编制内容：

1) 申请单位名称、基本情况以及申请人姓名、年龄、专业履历、身份证号码；

2) 所在地区的人口、经济和社会发展等概况；

3) 所在地区人群健康状况和疾病流行以及有关疾病患病率；

4) 所在地区医疗资源分布情况以及医疗服务需求分析；

5) 拟设医疗机构的名称、选址、功能、任务、服务半径；

6) 拟设医疗机构的服务方式、时间、诊疗科目和床位编制；

7) 拟设医疗机构的组织结构、人员配备；

8) 拟设医疗机构的仪器、设备配备；

9) 拟设医疗机构与服务半径区域内其他医疗机构的关系和影响；

10) 拟设医疗机构的污水、污物、粪便处理方案；

11) 拟设医疗机构的通讯、供电、上下水道、消防设施情况；

12) 资金来源、投资方式、投资总额、注册资金（资本）；

13) 拟设医疗机构的投资预算；

14) 拟设医疗机构五年内的成本效益预测分析。