**附件一**

**泗阳县第一人民医院64排CT维保服务采购项目**

**征求意见书**

**供应商（公章）：**

**联 系 人：**

**联 系 电 话：**

**采购包：**

 **年 月 日**

**附件二：服务需求反馈表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **服务需求响应** | **征求意见（如有）** |
| **一** | **服务需求** |  |  |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| **....** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.各供应商必须填写详细的服务需求响应；

1. 行数不够可自行添加。

**附件三：其他反馈**

参加征求意见反馈的供应商认为其他必要的资料（如服务内容和服务承诺，对采购需求的制定，服务需求、服务期限等的反馈。）