附件1：材料格式。

**福州市职工基本医疗保险大额医疗费用补充保险（2024-2026年）采购需求调查材料**

 **公司名称（盖章）：**

**日期：**

**一、相关产业发展情况**

**注：内容包含但不限于项目的现状及分析。**

**二、市场供给情况**

**注：内容包含但不限于项目的市场供给情况。**

**三、同类采购项目历史成交信息**

**注：针对本次采购项目提供公司同类采购项目历史成交信息，如有应列表并附上相关合同等材料。**

1、同类项目列表信息（参考格式）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 客户名称 | 供货期限（年） | 合同金额（合同数量） | 合同时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2、后附合同复印件以及中标通知书或中标公告等信息（若有）

**四、可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况**

**注：内容包含但不限于项目的可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况。**

**五、其他相关情况等材料**

**注：包括但不限于对本项目的意见及建议等。**

**六、企业营业执照**

致：福州市医疗保障基金中心/福建泰利工程咨询管理有限公司

 根据福州市职工基本医疗保险大额医疗费用补充保险（2024-2026年）采购需求调查公告内容，我公司现按公告内容提交企业营业执照及相关调查材料一套。

公司通信地址：            邮编：

联系方法：（包括但不限于：联系人、联系电话、手机、传真、电子邮箱等）

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：    年   月   日