**赤峰市医院新城分院信息化建设项目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 赤峰市医院新城分院信息化建设项目 | | |
| 服务商名称 |  | 服务商是否属于中小企业 | □是 □否 |
| 服务商电子邮箱 |  | 服务商电话 |  |
| 联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 近三年同类型  项目业绩 | 成交单位名称 | 成交时间 | 成交价格（元） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 项目分析 |  | | |
| 供应商授权代表确认 | 我单位承诺提供的以上信息均属实，如有虚假，将承担相应责任。  签字确认： 20 年 月 日 | | |

**市场调研表**