|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **问卷调查表**  **调查对象：***（ ）* | | | | | |
| **采购单位** | | 中山市民众医院 | | | |
| **项目名称** | | 中山市民众医院基本账户开户银行服务项目 | | | |
| **序号** | **调查项目** | **调查反馈内容** | | | **备注** |
| 1 | 本地服务水平 | 是否在中山市民众街道设有分支机构：  □有*（请列明分支机构名称及数量）*  □无 | | |  |
| 2 | 同类经验  （**银医合作项目**） | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 序号 | 合作医院名称 | 项目名称 | 金额 | 签约时间 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | |  |
| 3 | 可投放资金水平 | 拟配置设备名称 | 数量 | 可投放金额（万元） |  |
| 信息系统更新(含软硬件) | 1项 |  |
| 计算机 | 20台 |  |
| 自助缴费机 | 3台 |  |
| 医保人脸识别系统及设备 | 10台 |  |
| 合计 | |  |
| 调查对象名称：  联系人:  联系方式: | | | | | |