

# 广东省网上中介服务超市采购服务申请表

采购单位：（盖章）

申请日期：2025年11月17日

中介服务事项	梅州市人民医院两间C臂机房建设项目放射性职业病危害预评价及控制效果评价
采购部门	梅州市人民医院
项目联系人	黄嘉静
联系电话	18813319875
项目规模（资产总额）	800（万元）
采购项目名称	梅州市人民医院两间C臂机房建设项目放射性职业病危害预评价及控制效果评价
所需服务	两间C臂机房建设项目放射性职业病危害预评价及控制效果评价并编制评价报告
服务时限说明	按照合同双方自行约定
服务内容	编制符合相关法律法规的评价报告，进行C臂机房验收检测（含设备性能及工作场所防护检测）。
中介服务机构要求	<input checked="" type="checkbox"/> 资质（资格）要求 <input type="checkbox"/> 执业/职业人员要求 <input type="checkbox"/> 备案要求 <input type="checkbox"/> 仅承诺服务即可
选取方式	<input type="checkbox"/> 竞价选取 <input type="checkbox"/> 随机选取 <input checked="" type="checkbox"/> 直接选取 备注：
服务金额（元）	38000元

金额说明	检测评价费为 38000 元。
报名截止时间	____年__月__日
公开选取时间	____年__月__日
是否公示中选企业	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
中选公告公示与否	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
需规避机构	无
规避原因	无
业主单位咨询电话	18813319875
业主单位监督电话	0753-2131836

填表人：黄嘉静

联系电话：18813319875

招标人名称： 招标人地址： 招标人电话： 招标人邮编： 招标人开户行： 招标人账号： 招标人名称： 招标人地址： 招标人电话： 招标人邮编： 招标人开户行： 招标人账号：	招标人名称： 招标人地址： 招标人电话： 招标人邮编： 招标人开户行： 招标人账号：
--	---