**甘洛县人民医院**医**保业务综合服务终端项目（第二次）**

**询 价 文 件**

**评选单位：甘洛县人民医院**

**2023年12月**

**评选申请书封面**

**正本(或副本)**

**甘洛县人民医院**医保业务综合服务终端**项目（第二次）**

**询价申请书**

**投标人名称： （全称并加盖单位公章）**

**申 请 时 间： 年 月 日**

**联系电话:**

**询价申请书递交截止时间之前不得启封**

**1、投标申请**

致：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（评选单位）

一、我公司非常愿意参加目甘洛县人民医院医保业务综合服务终端项目（第二次）的评选。作为 （评选申请人）合法行使其职责的代表，在审查和完全理解了所提供的所有评选文件后，以下签字人在此作为本公司代表为获得\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（项目名称）的委托招标代理合同参加你们组织的医保业务综合服务终端项目。

二、我公司对提交的所有评选申请文件负责。你方的机构或授权单位可对我公司进行查询或调查，以证实有关本申请提交的声明、文件和资料的真实性。

三、我公司完全理解评选单位因法律和政策原因取消评选以及拒绝所有的评选申请文件，并对此类任何行动不承担任何责任。

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

**2、法定代表人授权书**

本授权委托书声明：我 (姓名) 系 (评选申请人)的法定代表人，现授权 (姓名) 为我公司委托代理人，以本公司的名义参加（项目名称）活动。委托代理人在甘洛县人民医院医保业务综合服务终端项目（第二次）活动和委托合同谈判过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我及我公司均予以承认并全部承担其所产生的所有权利和义务。

委托代理人无转委托权。特此委托。

授权人(法定代表人)： (签字或盖章)

委托代理人： (签字或盖章)

公司名称： (全称并加盖单位公章)

日期： 年 月 日

**第四部分 产品参数部分**

采购清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 维保期 | 数量 | 最高投标限价 |
| 1 | 甘洛县人民医院医保业务综合服务终端项目（第二次） | 1年 | 4台 | 2.12万元 |

**技术参数要求**

CPU:≥8核处理器

系统：Android 操作系统

内存：≥64 GB ROM+4 GB RAM

显示屏：≥主屏8英寸

触摸屏：G+G 电容多点触摸屏

移动通信：国内4G全网通并向下兼容3G，2G

WiFi:2.4GHz & 5GHz，支持IEEE 802.11 a/b/g/n/ac

蓝牙：支持蓝牙2.1+EDR/3.0/4.0 LE/4.2 BLE刷脸或输入身份证号码（后四位或全部号码）摄像头：内置式，蚂里奥 S1，MIPI接口 3D摄像头

读卡器：支持二代居民身份证读取，符合公安部 GA450、GA467标准，支持接触式IC卡读取，非接触式IC卡读取，磁条卡读取

按键：电源键（锁屏键）+音量加/减键

喇叭：1x 2W

SIM卡座：1个Nano SIM，支持1.8V/3.0V,支持VPDN

工作环境：工作温度：0°C--50°C 储藏温度：-40°C--70°C

功能：激活医保电子凭证；刷脸或扫码使用医保电子凭证并完成医保结算；

实现医保支付结算后消费清单的展示；可实现自费部分的扫码支付；

支持外接密码键盘、支持外接凭条打印设备；

**备注：**

1、免费维保期：1年。