**附件：**

**1.技术要求**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **名称** | **技术要求** | **数量** |
|  | **医保业务人脸识别支付设备** | 1.支持操作系统 Android  2.中央处理器：≧32位CPU  八核 3.存储 ：≧4GB RAM+64GB ROM 显 示 屏 ：≧主屏8寸  800x1280 人脸识别 ：3D结构光摄像头 IC卡 ：支持1个符合ISO/IEC 7816标准的IC卡 非接触卡 ：支持ISO14443 Type A/B标准感应IC卡 SAM卡座 ≧4个，符合 ISO/IEC 7816 标准 SIM卡座 ≧ 1个，支持4G全网通卡槽 读二代证：支持第二代居民身份证信息的读取（港澳台居民居住证、外国人永久居留身份证） 扫码模块 ：支持常见的一、二维码扫码 通讯方式 ：支持WIFI 、4G全网通、蓝牙等通讯方式 以太网模块：持USB转以太网模组 | 2台 |

**2.文件要求应答表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件项目工作要求 | 响应文件应答内容 | 是否响应（是或否） |
|  |  |  |  |

注：

1. 供应商必须把本文件内的工作要求全部列入此表。

2．按照本文件要求的顺序逐条对应应答，未应答按照未响应处理。

3．供应商必须据实应答，不得虚假应答，否则将取消成交资格。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或被授权人（签字或盖个人名章）：

日 期：

**3.报价明细表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 数量 | 单价（元） | 合价（元） | 备注 |
| 1 | 医保业务人脸识别支付设备 | 2 |  |  |  |
| 报价合计金额（大写）： | | | | | |

注:

1、本表的总价格应是最终用户验收合格后的总价，包括完成本项目的所有费用。必须报出总价的各个主要组成部分的价格。

2、应完整填写内容名称。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或被授权人（签字或盖个人名章）：

日 期：

**4.供应商类似项目业绩一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年份** | **用户名称** | **项目名称** | **完成时间** | **合同金额** | **是否通过验收** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：以上业绩需提供采购文件要求的有关书面证明材料。

供应商名称：XXXX（盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或授权代表（签字或加盖个人印章）：XXXX

日期: XXXX

**注：如本项目不涉及可不提供此表**

**5.承诺函模板**

## 承诺函

致成都市成华区中医医院：

本公司（公司名称）参加（项目名称）（项目编号）的采购活动，特别针对以下条款，郑重承诺：

1、在中华人民共和国境内依法注册的法人或者其他组织；

2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3、具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

4、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5、参加本次比选活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6、申请人还符合法律、行政法规规定的其他强制性条件；

本单位对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取中选追究法律责任。

如违反以上承诺，本公司愿承担一切法律责任。

比选申请人名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字）：

比选日期：X年X月X日

注：1.可自行提供具有有效签字和盖章的格式，但承诺函的内容至少应该包含本格式中涉及的承诺内容。