**附件1：报名表**

**报名表**

**项目编号：**SEK2025007

**项目名称：**山东省第二康复医院药品追溯设备采购项目

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **联系人** |  |
| **联系方式** |  |
| **邮箱** |  |
| **地址** |  |

单位名称（公章）：

日期： 年 月 日

**附件2：要求**

**第一部分 项目概况**

**一、采购需求**

（一）采购货物及要求

为实现医保药品追溯码“应扫尽扫”，根据医保药品追溯码管理相关政策要求，现采购2台药品追溯设备。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名称** | **数量** | 金额 |
| 药品追溯设备 | 2台 | 1.2万元 |
| 技术要求 | 处理器 | 高性能处理器 |
| 内存（ROM+RAM） | 至少64GB + 4GB  |
| 显示屏 | ≥10英寸，IPS高清屏 |
| 触摸屏 | 支持多点触控，工业级电容屏，支持带手套触摸  |
| 工业相机 | ≥800万全彩相机，参考视野范围460mm\*350mm，景深600mm左右  |
| 读码速度 |  ≥60件/分钟  |
| 条码类型 | 支持一维码、二维码 |
| 补光灯 | LED光源，亮度可调 |
| 喇叭 | 至少双喇叭  |
| 数据接口 | Type-C  |
| 输入输出接口 | 具有USB接口、RJ45网口、HDMI接口 |
| OTG接口 | 支持  |
| 内部扩展 | 支持Micro SD卡扩展，最大扩展容量256GB |
| 通讯传输 | 具备WLAN功能、蓝牙、GPS |
| 标准配件 | 电源适配器 线长至少3米  |

**二、付款方式**

合同签订后，收到产品且验收合格后，根据收到的合格发票，一次性支付费用。

**三、供货期限**

合同签订并接到采购人通知后5日内供货安装调试完毕。

**第二部分 响应文件要求**

**一、内容要求**

1.营业执照副本及相关资质证明材料（复印件加盖公章）。

2.法定代表人授权委托书，如法定代表人参加报价，提供法定代表人证明或身份证（复印件加盖公章）

3.承诺函（见附件3）

4.报价单（见附件4）

5.产品技术参数证明材料。

**二、其他要求**

1. 响应文件，一式三份，建议钉装或胶装。
2. 响应文件做好目录和页码。
3. 对响应文件密封情况不作要求。

**附件3：承诺函**

**承诺函**

山东省第二康复医院：

我单位提交的相关资料以及表达的内容以及相关承诺，真实有效，我单位对以上材料的真实有效性负法律责任。

 单位：（公章）

年 月 日

**附件4 报价单**

**报价单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **报价(元/个)** |
| 1 | 山东省第二康复医院药品追溯设备采购项目 | 小 写 ：大 写 ： |
| 备注 | 供货期： 质保： |

注：（1）提交报价单视同响应院内采购项目需求公示中所有要求。

（2）本项目为交钥匙工程，供应商所报价格为含税全包价。

（3）报价不得高于预算控制价。

（4）因参与本项目产生的人工、印刷、差旅、邮寄（含退换）等费用由供应商承担。

单位全称：

签字：

 年 月 日