# 福建省肿瘤医院

# 患者电子签名手写板网超品牌论证公告

# 第一部分 须知前附表

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **主　　　要　　　内　　　容** |
| 1 | 项目名称：患者电子签名手写板 |
| 2 | 调研报名时间：2024年8月2日至8月8日 (节假日除外)8：00-12：00或14：00-17：00(北京时间）调研会时间：2024年8月14日 9:00 |
| 3 | 文件正本壹份,副本壹份胶装并密封加盖投标人公章。文件未胶装将视为无效。 |
| 4 | 文件递交处：福建省肿瘤医院网络技术中心 |
| 5 | 上述时间、地点如有变动，以单位届时通知为准。 |
| 6 | 采购报名、采购调研等采购过程中有任何异议，可联系我院监督科室。电话：83660063-8407；83660063-8467。 |

地　址： 福建省福州市福马路420号

福建省肿瘤医院科研楼四楼网络技术中心

邮　编：350014

报名联系电话：0591-83660063-8822

联系人：郑 工、金 工

第二部分 具体要求

**一、采购内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **合同包** | **名称** | **数量** | **预算（万元）** |
| **（一）** | 患者电子签名手写板 | 58台 | 25 |

**二、技术及服务要求**

（一）合同包（一）

本项目设备应能与医院电子签名应用集成平台及患者签名无缝对接，实现患者电子签名，提高医护工作效率、方便患者就诊体验。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **数量** | **技术参数要求** |
| 1 | 患者电子签名手写板 | 1项 | 1. 基础平板设备满足以下要求：CPU处理器：ARM架构核心数不低于八核；操作系统：不低于Android10.0；存储容量：不低于RAM4GB、ROM64GB；屏幕尺寸：不低于10.1英寸；屏幕分辨率：不低于1920\*1200；电池容量：不低于10000mAh；前置摄像头≥500万像素；后置摄像头≥1300万像素；支持硬件二代身份证识别模块；内置公安标准指纹模块；支持5级防水、6级防尘；
2. 集成指纹模块，支持指纹签名；
3. 集成立体扬声器模块，支持全程语音提示引导用户操作；
4. 集成笔迹存证模块，通过显示屏签名板采集签名笔迹，内嵌图形反走样算法，逼真图像轨迹显示和采集；
5. 集成硬件二代身份证识别模块和人证比对引擎，支持通过硬件二代身份证识别模块快速识别身份证信息，结合人证对比引擎，支持活体识别和快速对焦采集图片；
6. 支持无线WIFI，支持WIFI传输加密；
7. 集成4G模块，实现接入4G网络；
8. 支持SM1、SM2、SM3、SM4国密算法标准，内置签名密码模块完成对电子文档及笔迹的数字签名运算；
 |

1. **其他要求**

1、本项目为交钥匙工程，设备安装、系统集成、软件客户化均由乙方负责。提供各设备上架调试、系统集成等软硬件安装安装工作，同时结合医院现有设备及应用情况，实施现有及本项目规划、等保安全、系统集成、数据迁移、协助完成医院评审工作包括但不限于三级等保评审、电子病历评审、互联互通评审等各项工作。

2.本项目涉及的设备安装调试并经验收合格后，应对采购方的相关人员提供关于系统应用时技术和操作方面的培训。相关培训费用应包含在投标总价中。

1. **调研说明**

报名参加本次调研的供应商、厂家需提供如下相关资料。

1、报名请携带加盖公章的项目文件回执单、营业执照复印件、公司简介。

2、参与项目调研供应商代表的个人授权函（需加盖供应商公章）和身份证复印件。

3、分别提供“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”网站（http://www.ccgp.gov.cn/search/cr/）信用记录查询截图，无不良记录并加盖公章（截图查询日期必须在该公告日期内）。

4、提供业绩清单及近3年省内同类项目中标书；

5、本调研会的报价仅做为本项目公开招标的预算限价；不做参与投标的限制条件；

6、上述各参数将做为本项目招标的主要参数，不代表本项目公开招标的最终参数；

7、参加调研会的公司应准备PPT材料（含方案介绍、应用案例、报价等）、技术参数等材料，每公司讲解时间30分钟（含答疑10分钟）；同时上述材料须交予院方留档（发送邮件到wlb@fjzlhospital.com，并提供U盘留档）。

**项目文件回执单**

请有意向参与的公司在项目公示期内携带回执单至福建省肿瘤医院网络技术中心报名。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 品牌及型号 |
| 1 |   |   |  |
| 2 |   |   |  |

公司名称：

联系人：

联系电话：

公司盖章：

 福建省肿瘤医院

 年 月 日