附件1

正（副）本

致：赣州市妇幼保健院

## 项

## 目

## 咨

## 询

## 文

## 件

**项目名称：新院公共WIFI、物联网、内网无线网络建设方案**

**响应供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

## 一、新院公共WIFI、物联网建设方案项目咨询响应函

致：赣州市妇幼保健院

（响应供应商名称）系中华人民共和国合

法企业，我方就参加本次投标有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受咨询公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐

瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三、我方承诺，以后的项目采购不高于此次咨询结果，系统性能参数、

配置、维保不低于此次项目咨询结果。

四、与此次项目咨询相关一切正式往来信函请寄：

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人（ 或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

**二、报 价 清 单**

单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** | **品牌商标** | **规格型号** | **产地** | **数量** | **单价** | **金额** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 总价（大写）： | |  | | | | |

**三、采购项目需求****、服务需求**

1、覆盖区域：赣康路院区住院楼6-15层；医技楼4层手术室和ICU区域。

2、病区每个病房、医护工作间、治疗室和走廊内安装有相应的无线终端，保证信号覆盖均匀性和信号质量，支持2.4GHz 和5GHz信号发射，2.4GHz 和5GHz信号强度应始终保持在-75dBm以上。

3、无线物联网平台可支持WIFI、RFID、蓝牙、ZigBee、LoRa、运营商5G等多种无线通信协议。

4、2.4GHz及 5GHz无线信号同时实现单一病区内信号零漫游、零切换；

5、无线内、外网采用物理隔离，非逻辑隔离，不共用任何有源设备，需要符合网安要求、保证网络安全。

## 四、法定代表人授权书（非法人代表参与投标时提供）

致:赣州市妇幼保健院

（响应供应商法定代表人名称）是（响应供应商名称）的法定代表人，特授权（被授权人姓名及身份证代码）表代表我单位全权办理上述项目的设备咨询、投标、谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证明**（复印件正、反两面）**  粘贴被授权人身份证明**（复印件正、反两面）** |

## 五、承诺书

## 六、响应供应商关于无重大违法记录书面声明函

致：赣州市妇幼保健院

我公司在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等重大违法记录。

特此声明。

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

## 七、响应供应商资格证明文件

1、营业执照、税务登记证、机构代码证（三证（五证）合一的提供三证（五证）合一证件）、银行开户许可证

**八、三年内服务于其他三甲医院中标通知书及合同资料**