附件2

鄂尔多斯市医疗机构药品和医用耗材

集中采购配送企业增补申报资质

材料格式要求

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **装订顺序** | **材料名称** | **材料**  **要求** | **标准**  **格式** | **备注** |
| 1 | 封面 | 原件 | 附件2-1 | 勾选申报配送类别 |
| 2 | 鄂尔多斯市医疗机构药品和医用耗材集中采购配送企业增补审批表 | 原件 | 附件2-2 |  |
| 3 | 配送企业基本信息表 | 原件 | 附件2-3 |  |
| 4 | 企业法定代表人授权书 | 原件 | 附件2-4 |  |
| 5 | 报名承诺书 | 原件 | 附件2-5 |  |
| 6 | 网上集中配送承诺书 | 原件 | 附件2-6 |  |
| 7 | 法人营业执照（副本） | 复印件 |  | 医院报名时带原件 |
| 8 | 医疗器械经营企业许可证 | 复印件 |  | 医院报名时带原件 |
| 9 | 第二类医疗器械经营备案凭证 | 复印件 |  | 医院报名时带原件，申报医用耗材配送企业提供 |
| 10 | 2020年半年度企业资产负债表 | 复印件 |  |  |
| 11 | 2020年半年度单一企业增值税纳税报表 | 复印件 |  | 或税务部门出具的纳税证明 |
| 12 | 企业出具的参加网上集中采购活动连续2年无违法违规声明 | 原件 |  | 由申报企业提供声明原件 |
| 13 | 无违法违规证明 | 原件 |  | 须提供企业所在地盟（地）市以上食品药品监督管理局开具的无违法违规证明材料,提请申报前两个月内出具有效.或国家企业信用信息公示报告，出具日期不早于2020年5月1日. |
| 14 | 企业用章印模 | 原件 |  |  |
| 13 | 具备配送车辆或运输设施设备，有符合特殊要求的专用车辆目录 | 复印件 |  |  |
| 14 | 配送车辆所有权证明材料 | 复印件 |  |  |
| 15 | 企业经营设施设备情况表 | 复印件 |  |  |
| 16 | 仓库房产证（或租赁合同）及仓库平面图 | 复印件 |  |  |
| 18 | （企业质量负责人、企业质量管理部门负责人、质量管理工作人员）有临床医学、护理等相关专业资格证明及注册证明 | 复印件 |  |  |
| 19 | 配送企业管理规范，有规范的药品经营计算机管理信息系统证明材料 | 复印件 |  |  |
| 20 | 发票及随货通行单 | 复印件 |  |  |
| 21 | 其他材料 | 复印件 |  |  |
| 备注：  1.申报药品配送企业和医用耗材配送企业增补申报资质材料需分别装订。  2.申报材料统一使用A4纸。  3.申报材料应清晰完整，并逐页加盖单位公章。  4.提交的所有文件材料及往来函电均使用中文。外文原件资料需提供相应的中文翻译文本并经公证部门公证。  5.申报材料必须按照要求单独胶装成册，材料不符合要求的，经办机构有权拒绝接收。  6.以上所有申报材料均须由企业的被授权人现场递交。  7.递交资质材料一式一份。 | | | | |

附件2-1

鄂尔多斯市医疗机构药品和医用耗材集中采购配送企业增补

**配送企业资质材料**

企业名称（加盖公章）： .

申报类别： 药品/医用耗材/体外诊断试剂 .

附件2-2

鄂尔多斯市医疗机构药品和医用耗材集中采购

配送企业增补审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 职 务 |  | | |
| 配送类别及项目 | | | |
| 药品 | 药品 □ | | |
| 医用耗材 | 血管介入类 □ 起搏器类 □ 神经外科类 □  电生理类 □ 眼科材料类 □ 骨科植入类 □  体外循环及血液净化类 □ 口腔科类 □  非血管介入类 ☑ 疝修补类口 吻合器类 口  人工器官组织类口 体外诊断试剂口 其他 口 | | |
| 医疗机构  申请说明 | 负责人签字 （公章）：  年 月 日 | | |
| 旗区医疗保障局  审核意见 | 负责人签字 （公章）：  年 月 日 | | |
| 市医疗保障局  审核意见 | 负责人签字 （公章）：  年 月 日 | | |

附件2-3

配送企业基础信息登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称（中文） |  | | |
| 注册地址（中文） |  | | |
| 企业类别 |  | 注册资本（万元） |  |
| 法定代表人 |  | 法人身份证号 |  |
| 企业联系人 |  | 企业联系电话 |  |
| 企业传真 |  | 邮政编码 |  |
| 紧急联系电话 |  | 电子信箱 |  |
| 被授权人姓名 |  | 被授权人电话 |  |
| 被授权人身份证号 |  | 是否有2年无违法违规声明及证明 |  |
| 营业执照注册号 |  | 营业执照有效期至 |  |
| 经营企业许可证号 |  | 许可证有效期至 |  |
| 经营范围 |  | | |
| 2019年资产总额（万元） |  | 2019年主营业务收入（万元） |  |
| 仓储面积 |  | 冷藏仓库面积 |  |
| 企业编号  （采购系统用户名） |  | | |
| 参与配送地区 | 呼和浩特市 □ 包头市 □ 乌海市 □  赤峰市 □ 通辽市 □ 呼伦贝尔市 □ 乌兰察布市 □ 巴彦淖尔市 □  兴安盟 □ 阿拉善盟 □ 锡林郭勒盟 □ | | |

附件2-4

企业法定代表人授权书

鄂尔多斯市医疗保障局：

本授权书声明：注册于 （企业地址）的 （企业名称） （法定代表人的姓名）代表本企业授权我单位 （被授权人的姓名、身份证号）为本企业的唯一合法代理人，就内蒙古自治区医疗机构药品和医用耗材集中采购活动中提交企业资质证明文件、确认配送关系指定信息及药品和医用耗材购销合同的签订、执行、完成和售后服务，以本公司名义处理一切与之有关的事务，其在内蒙古自治区医疗机构药品和医用耗材集中采购活动中的行为均代表我公司，引起的一切后果由我公司承担。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字（盖章）： 联系电话：

被授权人签字（盖章）： 联系电话:

被授权人

居民身份证

正面

复印件粘贴处

企业法人

居民身份证

正面

复印件粘贴

企业法人

居民身份证

背面

复印件粘贴

被授权人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

注：身份证粘贴处要加盖企业公章

附件2-5

鄂尔多斯市医疗机构药品和医用耗材集中采购

配送企业报名承诺书

鄂尔多斯市医疗保障局：

我公司自愿参加鄂尔多斯市医疗机构药品/医用耗材集中采购配送活动，在整个采购配送过程中，我公司做出如下承诺：

1.保证遵守国家有关法律、法规和《内蒙古自治区医疗保障局关于做好内蒙古自治区药品和医用耗材采购管理工作的通知》（内医保办发〔2019〕41号）及其他挂网文件的相关规定。

2.保证所提供的资质证明文件真实、合法、完整，并愿承担因资质证明文件的缺陷所蒙受的全部经济损失及承担相应的法律责任。按要求制作资质材料，并完整录入真实有效的信息。提供的所有材料均真实、有效，如提供虚假材料或隐匿不报，愿意接受相应处罚。

3.保证按要求提供的产品价格是真实、有效的，并愿承担由此价格不实造成的后果。

4.若我公司通过审查，将按照“公平公正、互惠互利”的原则积极与生产企业签订配送协议；与医疗卫生机构开展集中采购，签订《购销合同》和《医疗卫生机构医药产品廉洁购销合同》，药品事项完成网上采购配送工作。

5.我公司保证，严格遵守国家卫生计生委《关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》（国卫法制发〔2013〕50号）等有关规定，杜绝商业贿赂等违纪违法行为。

6.我公司所提供的资料及信息均不涉及本公司秘密，均可向社会公开。

我公司同意本承诺书至采购期结束有效，并对我公司具有约束力。

企业名称（盖章）:

法定代表人（签字）：

联系电话：

日期: 年 月 日

附件2-6

鄂尔多斯市医疗机构药品和医用耗材集中采购

网上集中配送承诺书

鄂尔多斯市医疗保障局：

我公司 （企业名称） 是合法注册的医疗器械经营企业，自愿参加鄂尔多斯市医疗机构药品和医用耗材网上集中采购配送，并承诺我公司将严格按照《内蒙古自治区医疗保障局关于做好内蒙古自治区药品和医用耗材采购管理工作的通知》（内医保办发〔2019〕41号）以及其他所有挂网文件的规定和医疗卫生机构要求，及时网上确定订单、足量供货并提供全面、完善的服务，药品实行旗乡村一体化捆绑式配送，不论医疗卫生机构路程远近及采购数量和金额多少，急救产品配送不超过4小时，一般产品配送不超过72小时，且均按合同保证供货；按照中标品种的产品信息、产品质量标准提供合格产品，有效期符合有关规定，送达指定地点，满足鄂尔多斯市所有参加药品和医用耗材集中采购的医疗卫生机构的需求。

我方将积极满足医疗卫生机构的使用需求，严格按照挂网产品目录网上配送供应质量安全的产品，保证货源充足、及时配送。若因我方原因未能对医疗卫生机构及时供应或网外采购配送，采购管理机构有权取消我方配送资格及相应产品的挂网交易资格。

我公司就挂网产品的配送具体事宜与生产企业另行订立协议，与医疗卫生机构和鄂尔多斯市医疗保障局无关。

我公司保证出具的供货承诺书真实、合法，并愿承担一切法律责任。

本承诺书有效期限：自签订购销合同开始至本次集中采购活动有效期截止。

企业名称（盖章）:

法定代表人（签字）：

联系电话：

日期: 年 月 日

**此页提供**

《企业营业执照（副本）》的复印件

（复印件请使用A4纸）

**此页提供**

《药品（副本）/医疗器械经营许可证》的复印件

（复印件请使用A4纸）

**此页提供**

《第二类医疗器械经营备案凭证 》的复印件

（复印件请使用A4纸，申报医用耗材配送企业提供）

**此页提供**

2020年半年度资产负债表的复印件

（复印件请使用A4纸）

**此页提供**

2020年半年度单一企业增值税纳税报表的复印件

（复印件请使用A4纸）

**此页提供**

申报企业出具的无违法违规声明材料

（出具日期不早于2020年5月1日）

（原件使用A4纸）

**此页提供**

无违法违规证明原件

（须提供企业所在地盟（地）市以上食品药品监督管理局开具的无违法违规证明材料,申报前两个月内出具有效。或国家企业信用信息公示报告，出具日期不早于2020年5月1日。）

（使用A4纸）

**此页提供**

企业用章印模（原件使用A4纸）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公章 | 法人章 | 财务专用章 |
|  |  |  |
| 质量管理章 | 合同专用章 | 入库专用章 |
|  |  |  |
| 出库专用章 |  |  |
|  |  |  |

**此页提供**

具备配送车辆或运输设施设备，有符合特殊要求的专用车辆目录（原件使用A4纸）

**此页提供**

配送车辆所有权证明材料

（复印件使用A4纸）

**此页提供**

企业经营设施设备情况表

（原件使用A4纸）

**此页提供**

仓库房产证（或租赁合同）及仓库平面图

（复印件使用A4纸）

**此页提供**

（企业质量负责人、企业质量管理部门负责人、质量管理工作人员）有临床医学、护理等相关专业资格证明及注册证明

（复印件使用A4纸）

**此页提供**

配送企业管理规范，有规范的药品经营计算机管理信息系统证明材料

（复印件使用A4纸）

**此页提供**

发票及随货通行单

（复印件使用A4纸）

**此页提供**

企业认为的其他材料复印件

（复印件请使用A4纸）