**附件二**

**鄂尔多斯市医用耗材阳光采购配送企业递交资料格式要求**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **装订****顺序** | **材料名称** | 材料 要求 | **标准****格式** | **备注** |
| 1 | 封面 | 原件 |  |  |
| 2 | 配送企业基础情况登记表 | 原件 |  |  |
| 3 | 企业法定代表人授权书 | 原件 |  |  |
| 4 | 报名承诺书 | 原件 |  |  |
| 5 | 生产企业配送申请书 | 原件 |  | 若生产企业直配提供，配送企业不需提供 |
| 6 | 配送承诺书 | 原件 |  |  |
| 7 | 医疗器械（生产）经营许可证（副本） | 复印件 |  | 现场审核时带原件 |
| 8 | 法人营业执照（副本） | 复印件 |  |  |
| 9 | 2017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 |
| 10 | 2017年度经专业审计机构出具的完整的年度审计报告 | 复印件 |  |  |
| 11 | 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 |
| 12 | 参加网上集中采购活动连续2年无违法违规证明 | 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,提请补充报名前两个月内出具有效. |
| 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 | 原件 |  |  |
| 14 | 配送车辆所有权证明材料（体外诊断试剂提供符合储存温度等特性要求的运输设施设备） | 复印件 |  | 车辆行驶证、运营证复印件 |
| 15 | 企业经营设施设备情况表 | 原件 |  |  |
| 16 | 仓库房产证（或租赁合同）及仓库平面图（应设置储存诊断试剂的冷库，其容积应与经营规模相适应，但不得小于20立方米。） | 复印件 |  |  |
| 17 | 企业用章印模 |  |  |  |
| 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、检验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，有规范的计算机管理信息系统证明材料 | 复印件 |  |  |
| 备注：（1）申报材料统一使用A4纸。（2）申报材料应清晰完整，并逐页加盖单位公章。（3）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。（4）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。（5）以上所有申报材料均须由企业的被授权人现场递交。 |

鄂尔多斯市第五批高值医用耗材

体外诊断试剂阳光采购

**配送企业资质材料**

企 业 名 称：（加盖公章）

时 间： 年 月 日

配送企业基础信息登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称（中文） |  | 企业类别 |  |
| 注册地址（中文） |  | 仓库地址 |  |
| 法定代表人 |  | 企业负责人 |  |
| 企业联系电话 |  | 企业传真 |  |
| 企业联系人 |  | 企业联系人电话 |  |
| 电子信箱 |  | 邮政编码 |  |
| 经营范围 |  |
| 注册资本（万元） |  | 上年度销售额 |  |
| 上年度利润额 |  | 上年度纳税额 |  |
| 生产(经营)企业许可证号 |  | 许可证有效期至 |  |
| 营业执照注册号 |  | 营业执照有效期至 |  |
| 仓库面积 |  | 冷库面积 |  |
| 配送车辆/具备冷链运输车辆 |  | 计算机管理系统 |  |
| 与医学有关专业人员 | （ ）人 | 经营经验 | （ ）年 |
| 是否参与过前几批耗材阳光采购配送 | 2014年第一批高值医用耗材阳光采购 □是 □否2015年第二批医用耗材阳光采购 □是 □否2016年第三批高值骨科医用耗材阳光采购 □是 □否2017年第四批高值医用耗材阳光采购 □是 □否 |
| 2018年阳光采购配送 | 2018第五批高值医用耗材阳光采购 □是 □否2018体外诊断试剂阳光采购 □是 □否 |
| 配送区域 | 市直 □ 东胜区 □ 康巴什 □ 伊金霍洛旗 □达拉特旗 □ 准格尔旗 □ 杭锦旗 □鄂托克旗 □ 鄂托克前旗 □ 乌审旗 □ |

鄂尔多斯市第五批高值医用耗材体外诊断试剂

阳光采购配送企业法定代表人授权书

鄂尔多斯市卫生和计划生育委员：

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，参与鄂尔多斯市第五批高值医用耗材/体外诊断试剂阳光采购活动，以本企业名义处理一切与之有关的事务。

并承诺：

被授权人参与鄂尔多斯市第五批高值医用耗材/体外诊断试剂阳光采购活动的所有行为均代表我企业，被授权人造成的一切后果，均由我企业承担。

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

被授权人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

企业法人

居民身份证

背面

复印件粘贴

注：身份证粘贴处要加盖企业公章

鄂尔多斯市第五批高值医用耗材/体外诊断试剂

阳光采购配送企业报名承诺书

鄂尔多斯市卫生和计划生育委员会：

我公司自愿参加鄂尔多斯市第五批高值医用耗材/体外诊断试剂阳光采购活动，在整个采购过程中，我公司做出如下承诺：

1.保证遵守国家有关法律、法规和《内蒙古自治区医疗卫生机构高值医用耗材阳光采购管理办法》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阳光采购，签订《购销合同》和《医疗卫生机构医药产品廉洁购销合同》；

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

鄂尔多斯市第五批高值医用耗材/体外诊断试剂

阳光采购生产企业直接配送申请书

鄂尔多斯市卫生和生育委员会：

我企业 （企业名称） 是合法注册的医疗器械生产企业，我企业产品已按照《内蒙古自治区医疗卫生机构高值医用耗材阳光采购管理办法》及其他挂网文件的相关规定，取得自治区第五批高值医用耗材/体外诊断试剂阳光采购挂网资格，为减少流通环节，降低配送成本，申请为有使用需求的鄂尔多斯市各级各类医疗卫生机构进行直接配送，按照购销合同规定，按时、按质、按量向医疗卫生机构提供挂网产品。

特此申请。

企业名称（盖章）:

法定代表人（签字）：

联系电话：

日期: 年 月 日

鄂尔多斯市第五批高值医用耗材/体外诊断试剂

阳光采购配送企业供货承诺书

鄂尔多斯市卫生和计划生育委员会：

我公司 （企业名称） 是合法注册的医疗器械经营企业，自愿参加第五批高值医用耗材/体外诊断试剂阳光采购，并承诺我公司将严格按照《内蒙古自治区医疗卫生机构高值医用耗材阳光采购管理办法》以及其他所有挂网文件的规定和医疗卫生机构要求，及时供货并提供全面、完善的服务，不论医疗卫生机构路程远近及采购数量和金额多少，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，满足内蒙古自治区内所有参加医用耗材阳光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进行及时供应，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卫生和计划生育委员会无关。

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阳光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**

《医疗器械经营企业许可证（副本）》及

所有信息变更记录复印件

（企业名称、法定代表人与营业执照一致）

（复印件请使用A4纸）

**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**

2017年度增值税纳税报表的复印件

 （复印件请使用A4纸）

**此页提供**

2017年度经专业审计机构出具的完整的年度审计报告

（复印件请使用A4纸）

**此页提供**

报名企业出具的连续2年内无违法违规声明原件

（使用A4纸）

**此页提供**

地市级以上食品药品监督管理部门出具的

连续2年内无违法违规证明原件

（使用A4纸）

**此页提供**

经营企业13-19项的材料复印件

（复印件请使用A4纸）