**附件**

**通辽市药品集中采购配送企业报名材料要求及模板**

**(所有申报材料均须由企业的被授权人递交)**

1. **提交资料要求**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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1 |  |
| 2 | 医药企业价格和营销行为信用承诺书 | 原件 | 附件2 |  |
| 3 | 药品经营（生产）企业许可证（副本） | 原件及复印件 |  | 现场审核后由被授权人带回 |
| 4 | 营业执照（副本） | 原件及复印件 |  |
| 5 | 企业法定代表人授权书 | 原件 | 附件3 |  |
| 6 | 生产企业直接配送申请书 | 原件 | 附件4 | 仅生产企业直接配送提供 |
| 7 | 企业基本情况表 | 原件 | 附件5 |  |
| 备注：1.以上证明文件均使用A4纸，要求每页加盖企业清晰公章，按“装订顺序”的序号为序装订。2.复印件要求清晰可认，对于模糊不清、材料不全或者没有单位公章的文件材料，拒绝接收。3.以上材料有标准格式的，严格按附件所列的标准格式填写。4.所有材料均使用中文。5.企业资质材料应齐全、合法、真实。 |

**附件1**

**2022年通辽市药品集中采购**

**配送企业报名材料**

**企业名称（盖章）：**

|  |  |
| --- | --- |
| **配送区域** | 旗县区级以上医疗卫生机构 □旗县区级及以下医疗卫生机构 □ |

**附件2**

**医药企业价格和营销行为信用承诺书**

通辽市药械采购中心：

我方 （×××公司） ，统一社会信用代码为 ，就在内蒙古通辽市参加药品和医用耗材产品配送，郑重做出以下承诺：

**一、严守法纪、恪守诚信**

（一）我方承诺，自觉遵守《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国价格法》《中华人民共和国药品管理法》《中华人民共和国反不正当竞争法》《中华人民共和国反垄断法》等法律法规，医药价格和招标采购的政策，以及相关的集中采购文件之规定，诚信经营，共同营造公平的交易环境。

（二）我方承诺，不向采购我方药品（医用耗材）的医疗机构管理人员、采购人员、医师、药师等有关人员给予回扣或其他不正当利益。

（三）我方承诺，不实施虚开虚受增值税发票及其他形式虚构服务套现洗钱行为。

（四）我方承诺，不利用药品（医用耗材）垄断地位或市场支配地位，操纵药品（医用耗材）价格和供应牟取暴利。不针对不同群体、不同渠道制定实施明显不合理的差异化定价。

**二、履行合同、配合监管**

（一）我方承诺，具有履行协议必须具备的药品（医用耗材）供应能力，除我方不可抗的因素造成供应困难外，保证在采购周期按照中标（挂网）价格及时足量供应药品（医用耗材），满足临床需求。

（二）我方承诺，遵循公平、合理和诚实信用、质价相符的法定原则定价，将价格与成本、供求合理匹配，保持不同品规、不同区域之间价格平衡，维护价格一定时期内相对稳定。因第三方实施垄断、操纵市场，或要素成本剧烈变化等情形被动提高药品（医用耗材）价格的，我方承诺在上述情形终止后，及时纠正价格。

（三）我方承诺，及时、全面、完整、规范申报失信信息，不漏报，不瞒报，不推诿。

**三、违约担责，接受处置**

（一）我方承诺，如我方药品（医用耗材）购销中存在违背已承诺事项的，我方愿意接受集中采购机构作出的信用评级结果以及结合信用等级实施的处置措施。

（二）我方承诺，严格管理员工（含雇佣关系，以及劳务派遣、购买服务、委托代理等关系），在法律法规允许的范围内从事经营活动。如果我方员工在我方药品（医用耗材）购销中因给予回扣或其他不正当利益的行为，受到司法机关、行政执法机关惩处，我方承诺承担失信违约责任，接受集中采购机构作出的信用评级结果以及结合信用等级实施的处置措施。

（三）我方承诺，严格约束委托代理人（具有委托代理关系的法人和自然人）在法律允许的范围内从事经营活动。如果受我方委托代理人，因涉及我方药品（医用耗材）的回扣等医药商业贿赂行为，受到司法机关、行政执法机关惩处，我方承诺承担失信违约责任，接受集中采购机构作出的信用评级结果以及结合信用等级实施的处置措施。

（四）我方承诺，主动维护良好信用，必要时采取切实措施修复信用。

**四、递交材料，真实有效**

（一）我方承诺，在收到医疗卫生机构的网上采购订单后，严格按照相关要求，及时供货并提供全面、完善的服务，执行“两票制”配送，同时承诺：承担旗县（市、区）级公立医院配送时，同时还承担基层医疗卫生机构配送责任；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，否则承担违约责任。

（二）我方承诺，我公司在本次办理药品（医用耗材）配送企业报名所提交的文件、证件和有关附件的申请材料真实、合法、有效，复印文本与原件一致，并对因提交虚假文件、证件等申请材料所引发的一切后果承担相应的法律责任。

（三）我方承诺，我公司承诺参加此次增补报名前两年内无违规违法记录。

（四）我方承诺，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。

 承诺企业(盖章):

　 法定代表人（签字）:

2022年 月 日

**附件3**

**通辽市医疗卫生机构药品网上集中采购**

**法定代表人授权书**

本授权书声明：注册于（公司地址）的（公司名称）的（法定代表人姓名、职务）代表本公司授权（被授权人的姓名、职务）为公司的合法代理人，就通辽市医疗机构药品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，其在通辽市医疗机构药品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(签字并签章）

被授权人（签字）

企业名称（单位公章）

企业地址

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**（单位公章）**

**法人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**（单位公章）**

**附件4**

**通辽市药品网上集中采购配送企业**

**直接配送申请书**

通辽市药械采购中心：

我企业（企业名称）是合法注册的药品生产企业，我企业产品已按照《内蒙古自治区公立医院药品集中采购工作实施方案》以及其他所有相关文件的规定和要求入围内蒙古自治区医疗卫生机构药品网上集中采购，为减少流通环节，降低配送成本，申请为有使用需求的内蒙古自治区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、按量向医疗机构提供入围品种。

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

**附件5**

**企业基本情况信息表**

|  |
| --- |
| 企业用户名（在自治区医药采购网已有用户名的填写）： |
| 企业名称（中文） |  |
| 注册地址（中文） |  |
| 注册资本（万元） |  | 上年度销售额（万元） |  |
| 法定代表人 |  | 法人联系电话 |  |
| 法人身份证号 |  |
| 企业联系人 |  | 企业联系电话 |  |
| 被授权人姓名 |  | 被授权人电话 |  |
| 被授权人身份证号 |  |
| 药品生产(经营)企业许可证编号 |  | 许可证有效期至 |  |
| 营业执照编号（统一社会性用代码） |  | 营业执照有效期至 |  |
| 计算机信息管理系统 |  |
| 企业经营总品规数 |  | 企业配送车辆数量 |  |
| 仓储面积 |  | 冷藏仓库面积 |  |
| 经营范围 |  |