**附件**

**巴彦淖尔市医疗卫生机构药品、医用耗材和体外诊断试剂阳光采购增补配送企业报名材料格式要求及模板**

**一、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 | 企业法定代表人授权书 | 原件 | 附件2 |  |
| 3 | 配送企业报名承诺函 | 原件 | 附件3 |  |
| 4 | 企业基本情况信息表 | 原件 | 附件4 |  |
| 5 | 生产企业直接配送申请书 | 原件 | 附件5 | 生产企业直接配送提供 |
| 6 | 企业营业执照（副本） | 复印件 |  |  |
| 7 | 医疗器械经营许可证 | 复印件 |  | 配送产品涉及二类，需附医疗器械经营备案凭证 |
| 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**的序号为序胶装成册。  2.复印件要求清晰可认，对于模糊不清、材料不全或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**

**巴彦淖尔市医疗卫生机构药品、医用耗材和体外诊断试剂阳光采购增补配送企业报名材料**

企业名称： （公章）

填报日期：

|  |  |
| --- | --- |
| **药品**  **配送 类别** | 西药类🞎 中药配方颗粒🞎 |
| **医用**  **耗材**  **配送 类别** | 血管介入治疗类🞎 心脏外科类🞎 非血管介入治疗类🞎  人工器官组织类🞎 眼科材料类🞎 神经外科类 🞎  体外诊断试剂 🞎 功能性敷料🞎 骨科材料 🞎  基础卫生材料 🞎 中医类材料🞎 口腔材料 🞎  体外循环材料 🞎 注射穿刺类🞎 吻合器类 🞎  止血防粘连类 🞎 血液净化类🞎 修补类🞎 其他🞎 |

**附件2**

**企业法定代表人授权书**

巴彦淖尔市医疗保障局：

本授权书声明：注册于 （企业地址）的 （企业名称）的 （法定代表人姓名）代表本企业授权 （被授权人的姓名）为本企业的合法代理人，参与巴彦淖尔市医疗卫生机构医用耗材集中采购配送企业报名活动，以本企业名义处理一切与之有关的事务。并承诺：

被授权人参与巴彦淖尔市医疗卫生机构医用耗材集中采购配送企业报名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（签字或盖章）： 联系电话：

被授权人（签字或盖章）： 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

复印件粘贴处

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

复印件粘贴处

**注：身份证粘贴处要加盖企业公章**

**附件3**

**配送企业报名承诺函**

巴彦淖尔市医疗保障局：

（企业名称）参加本次巴彦淖尔市医用耗材集中采购配送企业报名活动，在此郑重承诺：

一、我公司是经市场监督管理部门依法注册的合法企业，根据相关法律、法规和标准从事合法合规的经营活动，无违规违法记录。本次办理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。

二、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，均保证供货；按照挂网品种的产品信息、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，满足巴彦淖尔市范围内所有参加医用耗材集中采购的医疗卫生机构的需求。

三、我公司承诺不会在议价、采购、配送过程中有任何违法违规行为，并严格按照相关规定参与医用耗材集中采购配送活动。

企业名称（盖章）: 法定代表人（签字或盖章）： 日期： 年 月 日

**附件4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称（中文） |  | | |
| 注册地址 |  | | |
| 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 |  | | |
| 企业生产或经营许可证编号 |  | 许可证有效期至 |  |
| 营业执照编号  （统一社会信用代码） |  | 营业执照有效期至 |  |
| 经营范围 |  | | |
| 已参与配送地区 | 呼和浩特市□ 包头市□ 乌海市□ 赤峰市□  通辽市 □ 鄂尔多斯市□ 呼伦贝尔市□  乌兰察布市□ 兴安盟□ 阿拉善盟 □  锡林郭勒盟□ 满洲里 □ 二连浩特市□  （此处是对已获得其他盟市阳采配送权的企业勾选，若未取得可不填） | | |

**企业基本情况信息表**

**附件5**

**生产企业直接配送申请书**

巴彦淖尔市医疗保障局：

我企业 （生产企业名称）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，取得内蒙古自治区医疗机构医用耗材（或体外诊断试剂）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巴彦淖尔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（签字或盖章）：

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

（复印件加盖公章，请使用A4纸）

**此页提供**

《医疗器械经营许可证》复印件、

医疗器械经营备案凭证复印件

（复印件加盖公章，请使用A4纸）