附件1

呼和浩特市药品和医用耗材集中采购

配送企业报名材料要求及模板

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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1-1 | 勾选申报配送类别 |
| 2 | 企业法定代表人授权书 | 原件 | 附件1-2 |  |
| 3 | 配送企业报名承诺书 | 原件 | 附件1-3 |  |
| 4 | 营业执照（副本） | 复印件 |  |  |
| 5 | 药品/医疗器械经营（生产）许可证 | 复印件 |  | 生产企业直接配送提供药品/医疗器械生产许可证，不需提供经营许可证。 |
| 6 | 生产企业直接配送申请书 | 原件 | 附件1-4 | 仅生产企业直接配送提供。 |
| 备注：（1）报名材料统一使用A4纸，有标准格式的，严格按附件所列的标准格式填写。（2）报名材料应清晰完整，复印件要求清晰可认，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。（4）报名材料必须按照要求顺序扫描成PDF。 |

附件1-1

呼和浩特市药品和医用耗材

集中采购配送企业报名材料

**企业名称（盖章）：**

|  |  |
| --- | --- |
| 配送类别 | 药品 □ 医用耗材 □ |

注：报名的配送企业，按照经营许在封面上勾选配送类别，不得有涂改。

附件1-2

法定代表人授权书

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，参与呼和浩特市医疗卫生机构药品和医用耗材集中采购活动，以本企业名义处理一切与之有关的事务。并承诺：

被授权人参与呼和浩特市医疗卫生机构药品和医用耗材集中采购配送企业报名材料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:

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

（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

注：身份证粘贴处要加盖企业公章

附件1-3

配送企业报名承诺书

 （企业名称）参加本次呼和浩特市药品和医用耗材集中采购配送企业报名活动，在此郑重承诺：

一、我公司在本次办理药品和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》以及其他相关文件的规定和医疗机构的要求，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，均能保证供货；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。如有违反，自愿接受相关处罚，并依法承担违约责任。

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药品和医用耗材集中采购活动。

四、我公司承诺一年内未在呼包两地开展配送业务，自动放弃两地配送权限，一年内不再参加报名。

企业名称（盖章）:

法定代表人（签字或盖章）：

日期: 年 月 日

**此页提供**

《营业执照》（副本）

（复印件，请使用A4纸）

**此页提供**

药品/医用耗材经营（生产）许可证（副本）

及所有信息变更记录的复印件

（复印件请使用A4纸）

附件1-4

生产企业直接配送申请书

我企业 （企业名称）是合法注册的药品/医用耗材生产企业，我企业产品已按照《内蒙古自治区医疗卫生机构药品集中采购实施细则》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机构药品和医用耗材网上集中采购，为减少流通环节，降低配送成本，申请为有使用需求的呼和浩特市医疗机构进行直接配送，按照规定，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（签字或盖章）：

日期: 年 月 日