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补充配送企业报名材料格式要求及模板**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| 2 | 企业承诺 | 原件 | 附件1-2 |  |
| 3 | 企业法定代表人授权书 | 原件 | 附件1-3 |  |
| 4 | 报名承诺书 | 原件 | 附件1-4 |  |
| 5 | 生产企业直接配送申请书 | 原件 | 附件1-5 | 仅生产企业直接配送提供 |
| 6 | 配送承诺书 | 原件 | 附件1-6 |  |
| 7 | 企业基本情况信息表 | 原件 | 附件1-7 |  |
| 8 | 法人营业执照（副本） | 复印件 |  |  |
| 9 | 药品、医疗器械经营（生产）企业许可证 | 复印件 |  | 药品、医疗器械经营（生产）企业许可证必须提供，配送产品涉及二类或一类医疗器械的，需附医疗器械经营备案凭证 |
| 10 | 2022年1月1日-2023年5月1日企业开具到医疗卫生机构的药品、医用耗材/体外诊断试剂发票一张 | 复印件 |  | 发票要求清晰可见，由于复印发票不清晰造成报名不成功的，不再受理补证材料。 |
| 11 | 企业认为必要的其他材料复印件 | 原件 |  |  |
| 备注：  （1）报名材料统一使用A4纸。  （2）报名材料应清晰完整，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）报名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。 | | | | |

附件1-1

**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**

**补充配送企业报名材料**

**企 业 名 称：**

**□ 药品 □中药配方颗粒**

**□ 医用耗材和体外诊断试剂**

**医用耗材目录分类：**

£第一批高值医用耗材（心脏介入类、心脏起搏器类、电生理类、神经外科类、眼科材料类）

£第二批医用耗材（血液净化类和通用高分子类）

£第三批高值医用耗材（骨科植入类）

£第四批高值医用耗材（非血管介入类和口腔科）

£第五批高值医用耗材（结构心脏病类、吻合器类、人体器官组织类、疝气修补类和外周血管介入类）

£体外诊断试剂

□其 它

附件1-2

**企业承诺**

巴彦淖尔市医疗保障局：

一、本企业是经工商行政部门依法注册的合法企业，并根据相关法律、法规和标准从事合法合规的经营活动。本企业郑重承诺：在药品、医用耗材和体外诊断试剂经营活动中，无任何违法违规行为，若发现我公司存在违法违规行为，我公司将无条件退出本次报名活动，并承担因此造成的一切后果。

二、本企业此次办理药品、医用耗材和体外诊断试剂补充配送企业申请中，所提供的文件、证件和有关附件的报名材料真实、合法、有效，复印文本与原件一致， 如有不实之处，本企业愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。

法定代表人（签字）：

单位（盖章）：

年 月 日

附件1-3

**巴彦淖尔市市医疗卫生机构药品、医用耗材和体外诊断试剂阳光采购配送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） （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）为本企业的唯一合法代理人，参与内蒙古自治区医疗卫生机构药品、医用耗材和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配送企业报名，申报材料及工作中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。

法定代表人签字： 联系电话：

被授权人签字： 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

附件1-4

**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配送企业报名承诺书**

巴彦淖尔市医疗保障局：

我公司自愿参加内蒙古自治区医疗卫生机构药品、医用耗材和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：

一、保证遵守国家有关法律、法规和其他挂网文件的相关规定。

二、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等的缺陷所造成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。

三、保证按要求提供的产品、价格是真实有效的，并愿承担由此不实造成的后果。

四、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。

企业名称（盖章）:

法定代表人（签字）：

联系电话：

日 期: 年 月 日

附件1-5

**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生产企业直接配送申请书**

巴彦淖尔市医疗保障局：

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药品、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卫生机构药品、医用耗材和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）：

联系电话：

日期: 年 月 日

附件1-6

**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配送企业配送承诺书**

巴彦淖尔市医疗保障局：

我公司 （企业名称）是合法注册的医疗器械经营企业，自愿参加内蒙古自治区医疗卫生机构药品、医用耗材和体外诊断试剂阳光采购，并承诺我公司将严格按内蒙古自治区医疗卫生机构药品、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，满足巴彦淖尔市内所有参加药品、医用耗材和体外诊断试剂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。有下列情形之一的，管理机构有权取消我方配送资格。

一、因企业自身原因未能对医疗卫生机构进行及时配送。

二、自有配送权起一年之内，与医疗卫生机构未在网上发生交易的。

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。

企业名称（盖章）:

法定代表人（签字）：

联系电话：

日期: 年 月 日

附件1-7

企业基本情况信息表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用户名（已有自治区药采平台用户名的填写）： | | | | | |
| 企业名称（中文） |  | | | | |
| 注册地址 |  | | | | |
| 仓库地址 |  | | | | |
| 企业联系人 |  | | 联系人手机 | |  |
| 企业被授权人 |  | | 被授权人手机 | |  |
| 法人代表姓名 |  | | 法人代表手机 | |  |
| 企业联系电话 |  | | 企业传真 | |  |
| 营业执照统一社会信用代码 |  | | 营业期限 | |  |
| 药品、医疗器械生产或经营许可证编号 |  | | 许可有效期 | |  |
| 注册资金（万元） |  | | | | |
| 2022年资产总额（万元） |  | 2022年主营业务收入（万元） | |  | |

**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、医疗器械经营许可证》及

所有信息变更记录）的复印件

（复印件请使用A4纸）

**此页提供**

2022年1月１日-2023年5月1日期间，提供给医疗卫生机构的医用耗材/体外诊断试剂增值税发票的复印件

（复印件请使用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）