附件2

二连浩特市医疗机构药品、医用耗材

阳光采购配送企业报名

**企业资质材料**

企业名称（加盖公章）：

申报类别： 药品□医用耗材□体外诊断试剂□

附件2-1

二连浩特市医疗机构药品和医用耗材集中采购

配送企业增补报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 配送类别及项目 | |
| 药品 | 药品 □ |
| 医用耗材 | 血管介入类 □ 起搏器类 □ 神经外科类 □  电生理类 □ 眼科材料类 □ 骨科植入类 □  体外循环及血液净化类 □ 口腔科类 □  非血管介入类 □ 疝修补类口 吻合器类 口  人工器官组织类口 体外诊断试剂口 其他 口 |
| 市医疗保障局  审核意见 | 负责人签字 （公章）：  年 月 日 |

附件2-2

配送企业基础信息登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称（中文） |  | | |
| 注册地址（中文） |  | | |
| 企业类别 |  | 注册资本（万元） |  |
| 法定代表人 |  | 法人身份证号 |  |
| 企业联系人 |  | 企业联系电话 |  |
| 企业传真 |  | 邮政编码 |  |
| 紧急联系电话 |  | 电子信箱 |  |
| 被授权人姓名 |  | 被授权人电话 |  |
| 被授权人身份证号 |  | 企业信用信息公示报告 | 是□ 否□ |
| 营业执照注册号 |  | 营业执照有效期至 |  |
| 经营企业许可证号 |  | 许可证有效期至 |  |
| 经营范围 |  | | |
| 上年度资产总额（万元） |  | 上年度主营业务收入（万元） |  |
| 仓储面积 |  | 冷藏仓库面积 |  |
| 企业编号  （采购系统用户名） |  | | |
| 是否有近2年内无违法违规声明及证明 |  | | |

附件2-3

企业法定代表人授权书

二连浩特市医保局综合服务保障中心：

本授权书声明：依据中华人民共和国法律注册于（此横线填写企业注册地址）的（此横线填写企业全称）的法定代表人（此横线填写法定代表人姓名）在我公司担任（此横线填写职务）职务，现代表我公司授权（此横线填写被授权人的单位名称）的（此横线填写被授权人的姓名与职务）为我公司参与内蒙古自治区医疗卫生机构药品集中采购项目事宜的唯一合法代理人，其已获得特别授权，全权代表我公司以我公司名义处理与本次采购项目相关的一切事项，包括但不限于提交资质证明、协议及报价等文件；签署、整理和递交其他相关文件；签订购销合同等。

我公司承诺：该代理人所提交的所有文件资料，均由我公司提供且合法取得，其处理相关事务的一切行为，均代表我公司，因此而产生的一切法律责任由我公司承担。我公司保证所提交的前述文件资料真实、有效、合法、完整，并自愿承担因此所蒙受的全部经济损失及相应的法律责任。

本授权书于        年      月      日签字生效，至 完毕止。本授权不得转委托，特此声明。

法定代表人（签字盖章） 被授权人（签字盖章)

企业联系电话： 被授权人联系电话：

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

企业法人

居民身份证

背面复印件粘贴

被授权人

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2-4

医药企业配送承诺书

二连浩特市医保局综合服务保障中心：

我公司 （企业名称）是合法注册的药品（医疗器械）经营企业，自愿参加二连浩特市医疗机构药品和医用耗材网上集中采购配送，并承诺我公司将严格按照《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》（内医保办发〔2019〕41号）以及其他所有挂网文件的规定和医疗卫生机构要求，及时网上处理订单、足量供货并提供全面、完善的服务，实行县乡村一体化捆绑式配送，不论医疗卫生机构路程远近及采购数量和金额多少，急救产品配送不超过4小时，一般产品配送不超过72小时，且均按合同保证供货；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，满足二连浩特市所有参加药品和医用耗材集中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网上配送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及时供应或网外采购配送，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，与医疗卫生机构和二连浩特市医保局综合服务保障中心无关。

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集中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**

《营业执照（副本）》的复印件

（复印件加盖公章）

**此页提供**

《药品或医疗器械经营许可证（副本）》的复印件

（复印件加盖公章）

**此页提供**

《第二类医疗器械经营备案凭证 》的复印件

（复印件加盖公章）

**此页提供**

国家企业信用信息公示报告

（复印件加盖公章）

****此页提供****

企业认为的其他材料复印件

（复印件加盖公章）