附件1

药品配送企业提交材料明细表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 装订顺序 | 材料名称 | 材料要求 |
| 1 | 封面 | 原件 |
| 2 | 企业基本情况信息表 | 原件 |
| 3 | 企业法定代表人授权书 | 原件 |
| 4 | 企业自我声明 | 原件 |
| 5 | 报名承诺书 | 原件 |
| 6 | 生产企业直接配送申请书 | 原件（生产企业申请直接配送的须提交） |
| 7 | 配送承诺书 | 原件 |
| 8 | 营业执照（副本） | 复印件 |
| 9 | 药品经营许可证（副本） | 复印件（药品经营企业须提交） |
| 10 | 药品生产许可证（副本） | 复印件（生产企业申请直接配送的须提交） |
| 11 | 国家企业信用信息公示系统内打印的《国家企业信用信息公示报告》 | 复印件（报告出具日期不早于2022年10月1日） |
| 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**，按顺序装订，并编制页码，胶印成册。2.复印件要求清晰可认，对于模糊不清、材料不全或者没有加盖企业公章的文件材料拒绝接收。3.材料中所有需填写企业名称栏均需填写企业完整名称。4.企业资质材料应齐全、合法、真实。 |

2022年锡林郭勒盟药品

集中采购配送企业

**申报材料**

企业名称： （章）

企业基本情况信息表

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称（中文） |  |
| 注册地址（中文） |  |
| 仓库地址 |  |
| 企业类别（生产企业、经营企业） |  |
| 企业联系人 |  | 联系人手机 |  |
| 法定代表人 |  | 法定代表人手机 |  |
| 法定代表人身份证号 |  | 企业被授权人 |  |
| 被授权人身份证号 |  | 被授权人手机 |  |
| 企业电子信箱 |  |
| 营业执照统一社会信用代码 |  | 营业执照有效期至 |  |
| 药品生产或经营许可证号 |  | 许可证有效期至 |  |
| 锡盟辖区内仓储面积 |  | 锡盟地区配送车辆（台） |  |

锡林郭勒盟药品集中采购

配送企业法定代表人授权书

本授权书声明：注册于 （企业地址）的 （企业名称）授权 （被授权人的姓名、身份证号）为我企业的唯一合法代理人，参与锡林郭勒盟药品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。被授权人参与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 ： 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

企业法定代表人

居民身份证

正面

复印件粘贴处

企业法定代表人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

被授权人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

**注：**身份证粘贴处需加盖企业**公章**。

企业自我声明

锡林郭勒盟医疗保障局：

一、我企业 （企业名称）是合法注册的药品 （生产、经营）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。本企业郑重声明：在2020年至2022年内药品经营活动中，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集中采购配送企业报名申请中，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。

特此声明

企业名称（盖章）:

法定代表人（签字）：

日期: 年 月 日

锡林郭勒盟药品集中采购

配送企业报名承诺书

锡林郭勒盟医疗保障局：

 我公司自愿参加内蒙古自治区药品集中采购配送活动，在整个配送过程中，我公司做出如下承诺：

一、保证遵守国家有关法律、法规及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的缺陷所蒙受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，并愿承担由此价格不实造成的后果。

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

锡林郭勒盟药品集中采购

生产企业直接配送申请书

锡林郭勒盟医疗保障局：

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医药采购中心相关文件的规定和要求取得内蒙古自治区药品招采管理子系统药品挂网资格，为减少流通环节，降低配送成本，申请为有使用需求的锡林郭勒盟各级公立医疗机构进行直接配送，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

锡林郭勒盟药品集中采购配送承诺书

锡林郭勒盟医疗保障局：

我公司 （企业名称）是合法注册的药品经营企业，我方保证在收到医疗机构的网上采购订单后，将严格按照所有挂网文件的规定和医疗机构要求，及时供货并提供全面、完善的服务，同时承诺：不论医疗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，配送到指定地点。

我方将积极满足医疗机构的使用需求，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。

我公司保证出具的配送承诺书真实、合法，并愿承担相关法律责任。

 企业名称（盖章）:

法定代表人（签字）：

联系电话：

日期: 年 月 日

**此页提供**

《营业执照》（副本）

（复印件）

**此页提供**

《药品经营许可证》（副本）

（复印件）

**此页提供**

《药品生产许可证》（副本）

（复印件）

**此页提供**

国家企业信用信息公示系统内打印的

《国家企业信用信息公示报告》

如下图：输入企业名称进行查询→点击“发送报告”发送至邮箱→进行打印

