**附件**

**兴安盟2024年（下半年）医用耗材集中采购**

**配送企业报名材料要求及模板**

(此页不需打印，不需装订)

**一、提交资料要求**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **装订顺序** | **材料名称** | **材料要求** | **备注** |
| 附件1 | 配送企业资质材料 | 原件 | **封面** |
| 附件2 | 企业法定代表人授权书 | 原件 |  |
| 附件3 | 配送企业报名承诺函 | 原件 |  |
| 附件4 | 企业基本情况信息表 | 原件 |  |
| 附件5 | 生产企业直接配送申请书 | 原件 | **生产企业直接配送提供，****不是生产企业不需要提供** |
| 附件6 | 企业营业执照（副本） | 复印件 |  |
| 附件7 | 医疗器械经营（生产）许可证 | 复印件 | **配送产品涉及第二类医疗器械，****须附第二类医疗器械经营备案凭证** |
| 附件8 | 企业信用信息公示报告 | 原件 | **须登录国家企业信用信息公示系统打印https://www.gsxt.gov.cn/index.html** |
| 备注：1. 以上证明材料均使用A4纸，要求逐页加盖企业公章，按**装订顺序**（附件1至附件8）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，拒绝受理。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。 |

**附件1**

**2024年度(下半年)兴安盟医疗卫生机构医用耗材集中采购**

**配送企业资质材料**

 企业名称： （公章）

联系电话：

填报日期：

|  |  |
| --- | --- |
| **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🞎  |
| **企业****类型** | 第一类医疗器械配送企业 □ 第二类医疗器械配送企业□ 第三类医疗器械配送企业□ 体外诊断试剂配送企业□ |

**附件2**

**企业法定代表人授权书**

兴安盟医疗保险服务中心：

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，参与兴安盟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：

被授权人参与兴安盟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，至退出采购配送活动完毕止。本授权不得转委托，特此声明。

法定代表人（签字或盖章）： 被授权人（签字或盖章）：

联系电话： 联系电话:

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

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**

兴安盟医疗保险服务中心：

 （企业名称）参加本次兴安盟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集中采购管理办法》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，满足兴安盟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：2024年 月 日

**附件4**

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称（中文） |  |
| 经营地址 |  |
| 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 |  |
| 法人身份证号码 |  |
| 企业联系人 |  | 企业联系电话 |  |
| 被授权人姓名 |  | 被授权人电话 |  |
| 被授权人身份证号码 |  |
| 医疗器械经营(生产）许可证编号 |  | 许可证有效期至 |  |
| 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（企业已取得其他盟市集采配送权须勾选） | 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□ 巴彦淖尔市□ 阿拉善盟□ 锡林郭勒盟□ 满洲里市□ 二连浩特市□  |

**企业基本情况信息表**

注：经营地址以营业执照和经营许可证载明地址为准。

经营范围以经营许可证载明范围为准。

**附件5**

**生产企业直接配送申请书**

兴安盟医疗保险服务中心：

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集中采购管理办法》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（体外诊断试剂）集中采购挂网资格，为减少流通环节，降低配送成本，申请为有使用需求的兴安盟各级各类医疗卫生机构进行直接配送，按照规定，**24小时内响应订单，5日内完成配送**，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）：

日期: 2024年 月 日

**附件6**

**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）

**附件7**

**此页提供**

医疗器械经营（生产）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）

**附件8**

**此页提供**

企业信用信息公示报告

（加盖公章，请使用A4纸）