附件

乌海市公立医疗机构药品、医用耗材和体外诊断试剂阳光采购配送企业报名材料

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 装订 顺序 | 材料名称 | 材料要求 | 标准格式 | 备注 |
| 1 | 封面 | 原件 | 表1 |  |
| 2 | 企业自我声明 | 原件 | 表2 |  |
| 3 | 企业法定代表人授权书 | 原件 | 表3 |  |
| 4 | 报名承诺书 | 原件 | 表4 |  |
| 5 | 生产企业直接配送申请书 | 原件 | 表5 | 仅生产企业直接配送提交供 |
| 6 | 配送供货承诺书 | 原件 | 表6 |  |
| 7 | 企业基本情况信息表 | 原件 | 表7 |  |
| 8 | 法人营业执照(副本) | 复印件 |  |  |
| 9 | 药品、医用耗材及体外诊断试剂经营 (生产)企业许可证 | 复印件 |  | 生产企业直接配送提供药品生产许可证。医疗器械公司附二类备案凭证。 |
| 10 | 2023年度国家企业信用信息公示报告 | 打印件 |  | 登录国家企业信用信息网下载公示报告 |
| 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。  （4）报名材料按照格式要求按顺序装成册，材料不符合要求的，经办机构有权拒绝接收。  （5）以上所有报名材料均须由企业的法定代表人或被授权人，可现场递交、邮寄或电子邮件提交。 邮箱：whybyczx@163.com | | | | |

表1

乌海市公立医疗机构

药品、医用耗材及体外诊断试剂阳光采购

配送企业报名材料

企业名称：

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）口

第二批医用耗材（血液净化类和通用高分子类）口

第三批高值医用耗材（骨科植入类）口

第四批高值医用耗材（非血管介入类和口腔科）口

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）口

体外诊断试剂口

药品口

表2

企业自我声明

乌海市医疗保障局：

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。本企业郑重声明：在药品、医用耗材及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、医用耗材及体外诊断试剂遴 选配送企业申请中，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。

特此声明。

法定代表人（签字）：

单位（盖章）:

日期： 年 月

表3

乌海市公立医疗机构药品、医用耗材及体外

诊断试剂阳光采购配送企业法定代表人授权书

乌海市医疗保障局：

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,参与乌海市公立医疗机构药品、医用耗材及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：

被授权人参与乌海市公立医疗机构药品、医用耗材及体外诊 断试剂阳光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： 联系电话：

被授权人签字： 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 |
| 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

表4

乌海市公立医疗机构药品、医用耗材及体外

诊断试剂阳光采购配送企业报名承诺书

乌海市医疗保障局：

我公司自愿参加乌海市公立医疗机构药品、医用耗材及 体外诊断试剂阳光釆购活动，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《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》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。

我公司同意本承诺书至采购期结束有效，并对我公司具 有约束力。

企业名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

联系电话：

日期： 年 月 日

表5

乌海市公立医疗机构药品、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

乌海市医疗保障局：

我企业 （企业名称）是合法注册的药品□医用耗材□体外诊断试剂□生产企业，我企业产品已按照《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》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、医用耗材及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乌海市公立医疗机构进行直接配送，按照购销合同规定，按时、按质、按量向公立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

表6

乌海市公立医疗机构药品、医用耗材及体外

诊断试剂阳光采购配送企业供货承诺书

乌海市医疗保障局：

我公司 是合法注册的医

疗器械经营企业，自愿参加乌海市公立医疗机构药品、医用 耗材及体外诊断试剂阳光采购，并承诺我公司将严格按照 《内蒙古自治区医疗卫生机构高值医用耗材阳光采购管理 办法》以及其他所有挂网文件的规定和公立医疗机构要求， 及时供货并提供全面、完善的服务，不论公立医疗机构路程 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，送达指定地点，满足乌海市所有参加药品、医用 耗材及体外诊断试剂阳光采购的公立医疗机构的需求。

我方将积极满足公立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。 有下列情形之一的，釆购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公立医疗机构进行及时配送。

二、自有配送权起一年之内，与公立医疗机构未在网上 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。

本承诺书有效期限：自签订购销合同开始至本次阳光采 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

表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 |  | 联系人手机号 |  |
| 企业被授权人 |  | 被授权人手机号 |  |
| 法人代表姓名 |  | 法人代表手机号 |  |
| 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、医用耗材、 体外诊断试剂生 产或经营许可证 编号 |  | 许可有效期 |  |
| 注册资金（万元） |  | | |
| 2023年资产总额  （万元） | 2023年主营业务收入 （万元） | | |
| 是否参与过乌海市药品、医用耗材及体外诊断试剂网上集中釆购配送  是口否口 | | | |

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》

（复印件请使用A4纸）

**此页提供**

2023年度国家企业信用信息公示报告

（复印件请使用A4纸）