附件1

**乌海市公立医疗卫生机构医用耗材**

**阳光采购配送企业申报材料表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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2-1 | 申报医用耗材项目必须填写类别（如第五批高值医用耗材） |
| 2 | 企业法定代表人授权书 | 原件 | 附件2-2 |  |
| 3 | 报名承诺书 | 原件 | 附件2-3 |  |
| 4 | 生产企业直接配送申请书 | 原件 | 附件2-4 |  |
| 5 | 配送承诺书 | 原件 | 附件2-5 |  |
| 6 | 企业营业执照（副本） | 复印件 |  | 现场审核时带原件 |
| 7 | 2017年企业资产负债表 | 复印件 |  |  |
| 8 | 2017年度单一企业增值税纳税报表 | 复印件 |  |  |
| 9 | 医疗器械经营（生产）企业许可证（副本） | 复印件 |  | 现场审核时带原件 |
| 10 | 企业出具的参加网上集中采购活动连续2年无违法违规声明 | 原件 |  | 由申报企业提供声明原件 |
| 11 | 参加网上集中采购活动连续2年无违法违规证明 | 原件 |  | 须提供企业所在地地市级以上食品药品监督管理局开具的无违法违规证明材料,开具时间不得早于2018年10月1日。 |
| 12 | 企业基本情况信息表 |  |  |  |
| 13 | 企业认为的其他材料复印件 |  |  |  |
| 备注：（1）申报材料统一使用A4纸。（2）申报材料应清晰完整，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）申报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。（5）以上所有申报材料均须由企业的被授权人现场递交。 |

附件2-1

2018年乌海市公立医疗卫生机构

医用耗材集中采购

**配送企业资质材料**

企 业 名 称：（加盖公章） .

申报医用耗材项目： .

附件2—2

医用耗材集中采购配送企业法定代表人授权书

乌海市卫生和计划生育委员会：

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、身份证号）为本企业的唯一合法代理人，参与2017年乌海市医疗卫生机构医用耗材集中采购活动，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2018年乌海市医疗卫生机构医用耗材集中采购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（盖章）： 联系电话：

被授权人签字（盖章）： 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2-3:

2018年乌海市医疗卫生机构

医用耗材集中采购配送企业报名承诺书

乌海市卫生和计划生育委员会：

我公司自愿参加2018年乌海市医疗卫生机构医用耗材集中采购活动，在整个采购过程中，我公司做出如下承诺：

1.保证遵守国家有关法律、法规和《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》及其他挂网文件的相关规定。

2.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。

3.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。

4.若我公司通过审查，将按照“公平公正、互惠互利”的原则积极与生产企业签订配送协议；与医疗卫生机构开展阳光采购，签订《购销合同》和《医疗卫生机构医药产品廉洁购销合同》；

5.我公司保证，严格遵守国家卫生计生委《关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》（国卫法制发〔2013〕50号）等有关规定，杜绝商业贿赂等违纪违法行为。

6.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

附件2-4

2018年乌海市公立医疗卫生机构

医用耗材集中采购生产企业直接配送申请书

乌海市卫生和计划生育委员会：

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高值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医用耗材阳光采购挂网资格，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2-5

2018年乌海市公立医疗卫生机构

医用耗材集中采购配送企业供货承诺书

乌海市卫生和计划生育委员会：

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2018年乌海市医疗卫生机构医用耗材集中采购，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，满足乌海市内所有参加医用耗材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。若因我方原因未能对医疗卫生机构进行及时供应，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，与医疗卫生机构和内蒙古自治区药品器械集中采购服务中心无关。

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

**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**

2017年度资产负债表的复印件

 （复印件请使用A4纸）

**此页提供**

2017年度增值税纳税报表的复印件

 （复印件请使用A4纸）

**此页提供**

《医疗器械经营许可证（副本）》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**

报名企业出具的连续两年内无违法违规声明原件

（开具时间不得早于2018年10月1日）

 （使用A4纸）

**此页提供**

地市级以上食品药品监督管理部门出具的

连续两年内无违法违规证明原件

（开具时间不得早于2018年10月1日）

 （使用A4纸）

企业基本情况信息表

|  |
| --- |
| 用户编号： |
| 企业名称（中文） |  |
| 企业类别 |  |
| 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 |  |
| 营业执照注册号 |  | 营业期限 |  |
| 生产或经营许可证编号 |  | 许可有效期 |  |
| 注册资金（万元） |  |
| 2017年资产总额（万元） |  | 2017年主营业务收入（万元） |  |
| 经营范围 |  |

**此页提供**

企业认为的其他材料复印件

（复印件请使用A4纸）