附件

2024年锡林郭勒盟药品和

医用耗材集中采购配送企业

报名材料

企业名称： （盖章）

|  |  |
| --- | --- |
| 配送类别 | □ 药品□ 医用耗材 |

企业基本情况信息表

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 注册地址 |  |
| 仓库地址 |  |
| 企业类别（生产企业/配送企业） |  |
| 企业联系人 |  | 联系人手机 |  |
| 法定代表人 |  | 法定代表人手机 |  |
| 企业被授权人 |  | 被授权人手机 |  |
| 企业邮箱 |  |
| 营业执照统一社会信用代码 |  | 营业执照有效期至 |  |
| 生产/经营许可证号 |  | 许可证有效期至 |  |
| 第二类医疗器械经营备案凭证编号 |  | 备案日期 |  |

**注：**没有填无。

锡林郭勒盟药品/医用耗材集中采购

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）的 （法定代表人姓名）代表本企业授权 （被授权人的姓名）为本企业合法代理人，参与锡林郭勒盟药品/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。被授权人参与配送企业报名活动的所有行为均代表本企业，被授权人造成的一切后果，均由本企业承担。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人（签字或盖章）：

被授权人签字（签字或盖章）：

被授权人

居民身份证

正面

企业法定代表人

居民身份证

正面

被授权人

居民身份证

背面

企业法定代表人

居民身份证

背面

**注：**身份证粘贴处需加盖企业**公章**。

锡林郭勒盟药品/医用耗材集中采购

配送企业报名承诺书

锡林郭勒盟医疗保障局：

 本企业自愿参加内蒙古自治区药品/医用耗材集中采购配送活动，在整个配送过程中，我公司作出如下承诺：

一、本企业 （企业名称）是合法注册的药品/医用耗材配送企业，并根据相关法律、法规和标准从事合法合规的经营活动。

二、本企业此次办理药品/医用耗材集中采购配送企业报名所提供的材料真实、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。

三、本企业保证在收到医疗机构网上采购订单后，将严格按照自治区挂网文件规定和医疗机构使用需求，足量、及时供货并提供全面、完善的服务。

企业名称（盖章）:

法定代表人（签字或盖章）：

日期: 年 月 日

锡林郭勒盟药品/医用耗材集中采购

生产企业直接配送申请书

锡林郭勒盟医疗保障局：

本企业 （企业名称）是合法注册的药品/医用耗材生产企业，本企业产品已按照内蒙古自治区医药采购中心相关文件规定和要求取得内蒙古自治区药品和医用耗材招采管理子系统药品/医用耗材挂网资格，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（签字或盖章）：

日期: 年 月 日

**注：**仅生产企业直接配送提供。

**此页提供**

《营业执照》（副本）

复印件

**此页提供**

药品/医用耗材经营（生产）许可证（副本）

及所有信息变更记录

复印件

**此页提供**

第二类医疗器械经营备案凭证

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》

**注：输入企业名称进行查询→点击“发送报告”发送至邮箱→下载进行打印**

