

关于拟增补药品、医用耗材及体外诊断试剂 配送企业的通知

各药品、医用耗材及体外诊断试剂配送企业：

为满足乌海市公立医疗机构临床选择需求，保障药品、医用耗材及体外诊断试剂及时供应，做好配送企业管理工作，根据内蒙古自治区医疗保障局《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》（内医保办发〔2019〕41号）精神，现拟增补我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工作，并将有关事宜通知如下。

一、配送方式

药品、医用耗材及体外诊断试剂生产企业可直接配送，也可以委托符合条件的配送企业配送。

二、报名范围

（一）新增企业。拟在我市开展内蒙古自治区药品、医用耗材及体外诊断试剂集中采购系统挂网产品配送（含生产企业直配），且在乌海市无配送资格的药品、医用耗材及体外诊断试剂配送企业。

（二）在库企业。已取得自治区其他盟市医药采购平台账号（包含县级以下）的生产配送企业，需开通乌海配送，提供开通配送权限申请、配送企业报名承诺书、供货承诺书等材料，经审核后 5 个工作日内予以开通配送权限。

三、报名条件

（一）按国家有关规定在国内注册的具备独立法人资格的药品或医用耗材生产经营企业，依法取得相应资质证书。

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度，具有履行合同所必需的产品和专业技术能力。参加增补报名前两年内在生产或经营活动中无违规违法和不良记录。

（三）具有及时供货、售后服务和技术支持能力。配送县级及以下医疗机构的企业，需具备乡村一体化配送能力，并承诺配送区域包括所有医疗卫生机构。

（四）保证依法依规配送药品和医用耗材。能够严格执行国家、自治区及我市集中采购配送政策，承诺诚信经营、规范服务，接受考核管理。

四、报名材料要求

（一）报名材料统一使用 A4 纸。

（二）报名材料应清晰完整，材料不清晰和错误、不完整造成无法核验，不再接受企业提供补证材料，责任由企业自行承担。

（三）提交的所有文件材料及往来函电均使用中文，内容不得有涂、抹、刮、擦和覆盖。

（四）报名材料必须按照要求编制页码，材料不符合装订要求的将不予接收，本次报名材料按顺序装成册后不再接收资料补充。

（五）报名材料均需逐页加盖企业公章（加盖企业其他印鉴一律无效），并在规定时间内递交。

（六）报名材料当面递交或以电子版形式递交，现场递交时须出示身份证原件；如以电子邮件递交，务必将所有材料彩色扫描后（PDF 格式）压缩发送邮箱。企业未在规定时间内递交相关合格材料将视为放弃报名。

（七）请前来递交资料的办事人员，提前准备好健康码、行程码，全程佩戴口罩。

五、增补程序

（一）审核、公示和备案

1.审核。市医疗保障局对所有申报材料进行集中审核。对于审核不合格的，予以退回并告知其理由。

2.公示。市医疗保障局对材料审核合格企业名单在内蒙古自治区医药采购网进行公示，公示期 5 个工作日。

3.备案。公示期满无异议，市医疗保障局将中选企业名单

报自治区医药采购中心备案并申请配置相应采购系统用户名。

（二）发放采购系统用户名及资质维护

1.网上发布公告，配发采购系统用户名。

2.企业被授权人凭证明材料领取用户名登录密码并及时维护网上企业资质信息，提交自治区医药采购中心核验。

（三）配送区域开通

网上企业资质信息核验通过后，市医疗保障局负责开通相应配送区域。

所有拟增补我市药品、医用耗材及体外诊断试剂阳光采购的配送企业，必须严格按照《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》（见附件）和本通知的要求，编制、装订和报送资质材料。

六、报名材料报送时间和地点

时间：2022年5月16日—2022年5月26日

（上午 9:00-12:00，下午 15:00-18:00）遇节假日顺延，逾期不予受理。

地点：乌海市医疗保障局药品耗材采购中心 416 室

联系人：王成业

联系电话：0473-3156036

七、注意事项

报名的配送企业，在报名材料封面上勾选拟配送的医用耗材目录分类时，可单选或多选，但必须严格按照医疗器械经营许可证的经营范围慎重勾选拟配送的医用耗材加目录分类，并不得涂改，如选择的医用耗材目录分类经核实超出本企业医疗器械经营许可证及医疗器械经营备案凭证的经

营范围，本次报名材料作废，企业自行承担 responsibility。

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

乌海市医疗保障局

2022 年 5 月 11 日

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	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
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。

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现场递交或递交电子版发邮箱：

whybzck@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）☐

第二批医用耗材（血液净化类和通用高分子类）☐

第三批高值医用耗材（骨科植入类）☐

第四批高值医用耗材（非血管介入类和口腔科）☐

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）☐

体外诊断试剂☐

药品☐

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	被授权人 居民身份证 正面
企业法人 居民身份证 背面	被授权人 居民身份证 背面

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采购活动，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，采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		营业期限	
药品、医用耗材、 体外诊断试剂生 产或经营许可证		许可有效期	
注册资金（万元）			
2021 年资产总额	2021 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采购配送 是 ☐ 否 ☐			

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）

