附件2

鄂尔多斯市药品集中采购配送企业

书面澄清材料及要求

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| 2 | 法定代表人授权书 | 原件 | 附件2-2 |  |
| 3 | 企业基本情况表 | 原件 | 附件2-3 |  |
| 4 | 药品经营许可证（副本） | 复印件 |  |  |
| 5 | 营业执照（副本） | 复印件 |  |
| 6 | 药品经营质量管理规范认证证书 | 复印件 |  |
| 7 | 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 |  |  |
| 8 | 无违法违规证明材料 | 原件 |  | 国家企业信用信息公示报告，出具日期不早于2019年10月1日 |
| 9 | 药品配送车辆运输设施设备目录 | 原件 | 附件2-4 |  |
| 10 | 企业提供的有采购订单未开展配送的情况说明 | 原件 |  |  |
| 11 | 鄂尔多斯地区配送药品明细及销售额 | 原件 |  |  |
| 12 | 2019年一季度与鄂尔多斯市医疗机构交易凭证 | 原件 |  |  |
| 13 | 企业其他补充材料 |  |  |  |
| 备注：1.以上证明文件均使用A4纸，要求每页加盖企业清晰公章，按“装订顺序”的序号为序装订。2.复印件要求清晰可认，对于模糊不清、材料不全或者没有单位公章的文件材料，拒绝接收。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。5.企业资质材料应齐全、合法、真实。 |

附件2-1

鄂尔多斯市药品集中采购配送企业

书面澄清材料

企 业 编 号：

企业名称 （盖章）：

附件2-2

法定代表人授权书

本授权书声明：注册于 （公司地址）的 （公司名称）的 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务）为公司的合法代理人，就内蒙古自治区医疗机构药品集中采购活动中提交企业资质证明文件、确认配送关系指定信息及药品购销合同的签订、执行、完成和售后服务，以本公司名义处理一切与之有关的事务，其在内蒙古自治区医疗机构药品集中采购活动中的行为均代表我公司，引起的一切后果由我公司承担。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人(签字并签章）

被授权人（签字）

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

**企业基本情况表**

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称（中文） |  |
| 统一社会信用代码 |  | 营业期限至 |  |
| 注册地址（中文） |  |
| 企业类型 |  | 注册资本（万元） |  |
| 法定代表人 |  | 法人身份证号 |  |
| 企业联系人 |  | 企业联系电话 |  |
| 企业传真 |  | 邮政编码 |  |
| 紧急联系电话 |  | 电子信箱 |  |
| 被授权人姓名 |  | 被授权人电话 |  |
| 被授权人身份证号 |  | 是否有2年无违法违规声明及证明 |  |
| 经营企业许可证号 |  | 许可证有效期至 |  |
| 2018年资产总额（万元） |  | 2018年主营业务收入（万元） |  |
| 参与配送地区 | 呼和浩特市 □ 包头市 □ 乌海市 □ 赤峰市 □ 通辽市 □ 巴彦淖尔市 □ 呼伦贝尔市 □ 乌兰察布市 □ 锡林郭勒盟 □兴安盟 □ 阿拉善盟 □  |

附件2-4

**药品配送车辆运输设施设备目录**

企业名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **车型** | **数量** | **是否冷藏** | **是否可显示温度** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |