附件3-1：

 内蒙古自治区医药采购业务受理表

受理编号： 分类编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 药品 □ 耗材 □ | 业务申请□ 投诉建议□ 情况说明□ 资料补充□ |
| 单位用户名 |  | 被授权人 |  | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  |
| 注册地址 |  |
| 申请主题 | 本 单 位□ | 企业信息□ 产品信息□ 价格信息□ 其 他□ |
| 其他单位□名称 | 企业信息□ 产品信息□价格信息□ 其 他□ |
| 简要说明：  |
| 附件：  |
| 提交时间 | 年 月 日 | 递交人签字 |  | 共 页 |
| 拟办意见 |  | 受理人签字 |  |
| 中心处理 | 受理科室 |  | 接收人 |  | 接收时间 |  |
| 核实结果和处理意见 |  |
| 领导小组管理部门审核意见 | 材料转办部门 |  | 接收人 |  |
| 处理意见 |  |
| 药品集中采购服务中心办理 | 材料转回时间 |  | 接收人 |  |
| 处理结果 | 负责人（签字）： |

1.此表适用用于内蒙古药械集中采购平台用户申请业务办理需要；2.此表作为药械集中采购工作中各单位办理业务重要依据，由申请人填写，加盖鲜红公章后附相关证明文件由被授权人递交；3.药采中心根据业务办理流程及时处理并统一网上答复。

附件3-2：

内蒙古自治区医药采购中心法定代表人授权书

内蒙古自治区医药采购中心：

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）为企业的唯一合法代理人，参与 (项目名称)，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(项目名称)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

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

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3-3：

**第十批国家组织药品集中采购内蒙古中选品种 残缺规格和基药规格供应承诺书**

内蒙古自治区医药采购中心:

根据《关于规范稳妥实施第十批国家组织药品集中采购中选结果的工作提示》和《关于征询第五批国家组织药品集中采购内蒙古中选品种残缺规格供应意向的通知》有关要求，我方愿意继续以 （价格）向内蒙古自治区供应 药品（注明具体规格和包装）。我方承诺遵守国家组织药品集中采购和使用联合采购办公室《全国药品集中采购文件》（ GY-YD2024-2）和相关法律法规规定，及时足量满足内蒙古自治区医疗卫生机构临床用药需求，对药品的质量和供应负责。

申报企业（盖章）：

日期: 年 月 日

**附件3-4：**

**第十批国家组织药品集中采购内蒙古自治区**

**第二备供企业供应承诺书**

内蒙古自治区医药采购中心：

 (药品通用名、规格包装)为全国药品集中采购 (GY-YD2024-2) 中选供应药品，我司 (是/否) 愿意以第二备供身份在内蒙古自治区供货并提供相关服务。供应品种及挂网价格见下表。

内蒙古自治区第二备供企业供应品种及挂网价格

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **品种序号** | **通用名** | **剂型** | **规格包装** | **包装方式** | **计价** **单位** | **生产企业** | **挂网价格** **(元)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

生产企业(公章):

日期: 年 月 日