**资料清单**

1、明细表（见附件）

2、药品**注册证**复印件；

3、生产企业证照复印件（营业执照、生产许可证）；

4、供货**发票**复印件；

要求：①同地区军地三甲医院发票3张；②如不能提供发票，需提供说明并盖章；

5、药品配送授权及最低价格承诺书（参考格式见附件）；

※以上资料均需加盖企业公章。

**明细表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 药品名 | 药品规格 | 生产企业 | 采购价格（元） | 配送企业 |
| 1 | 注射用甲苯磺酸瑞马唑仑 |  |  |  |  |
| 2 | 奥木替韦单抗注射液 |  |  |  |  |
| 3 | 钇[90Y]微球注射液 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

参考格式

|  |
| --- |
| 药品配送授权及最低价格承诺书 |

致：中国人民解放军总医院

兹授权XXX公司（配送企业）为我公司XXX产品（详细信息见下表）在贵院各医学中心、医疗区的唯一配送企业。该配送企业已在北京市药品阳光采购平台备案，自XXXX年XX月XX日起执行贵院配送业务事宜。我公司协同XXX公司严格落实国家、军队和贵院相关规定，确保按照贵院要求供应配送所授权药品，并承诺所供药品价格为□全国/□北京市最低，且在贵院各医学中心、医疗区价格一致。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 北京市药品阳光采购平台产品ID | 药品名称 | 规格 | 转换比 | 单位 | 生产  企业 | 配送  企业 | 价格  （元） | 价格  情况 | 备注 |
| 1 | FR20T000000300000000XXXX | XXX | 2ml:0.1g | 1 | 支 | XXX | XXX | XXXX | 全国/北京最低价 |  |
|  | …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

生产企业：XXX公司（公章）

日期：XXXX年XX月XX日

配送企业：XXX公司（公章）

日期：XXXX年XX月XX日