

中国人民解放军陆军军医大学第二附属医院医务处

通 知

各生产、配送企业：

根据国家、军队及重庆市有关要求，我院拟对本次药事会涉及相关药品进行征询，现将药品信息明细予以公示（附件1），希望各单位积极响应。

按要求将符合条件的药品资料（附件2、3）于2023年11月13日（星期一）9:00，交至陆军军医大学第二附属医院药剂科（药学部大楼二楼会议室），逾期不予接收。

附件：1. 征询药品明细

2. 需提交药品资料清单（非密封资料清单）

3. XXX公司可配送药品一览表（密封资料）

陆军军医大学第二附属医院
药事会办公室（医务处代章）

2023年11月2日

附件 1

征询药品明细

序号	产品名称
1	六味地黄丸
2	知柏地黄丸
3	逍遥丸
4	云南白药气雾剂
5	速效救心丸
6	季德胜蛇药片
7	果糖二磷酸钠注射液
8	糠酸莫米松鼻喷雾剂
9	盐酸氟西汀分散片
10	维生素 B2 片
11	冻疮膏
12	锝[99mTc]聚合白蛋白注射液
13	邻碘[131I]马尿酸钠注射液
14	抗 A 抗 B 血型定型试剂（单克隆抗体）
15	梅毒甲苯胺红不加热血清试验诊断试剂盒
16	梅毒螺旋体抗体诊断试剂盒(酶联免疫法)
17	丙型肝炎病毒抗体诊断试剂盒(酶联免疫法)
18	人类免疫缺陷病毒抗原抗体诊断试剂盒(酶联免疫法)
19	清凉油

20	正红花油
21	维生素 B1 片 (临汾宝珠 , 10mg*100)
22	静注人免疫球蛋白
23	甘油磷酸钠注射液
24	注射用青霉素钠 (160wu)
25	氢化可的松片
26	开塞露 (20ml)
27	华法林钠片 (2.5mg)
28	呋喃妥因肠溶片
29	肌苷注射液
30	甲氧氯普胺片
31	50%葡萄糖注射液 (20ml)
32	聚乙烯醇滴眼液
33	间羟胺注射液
34	紫杉醇注射剂型

附件 2

非密封资料清单

1. 配送企业资质材料（仅新配送企业提交）

《药品经营许可证》、营业执照、近三年的纳税证明、业务员的法人委托书（含身份证）、重庆市药交所平台信用评分排名（2022 年和 2023 年上半年）、重庆市主城区三甲医院配送证明材料。以上资料查看原件留复印件，复印件均需加盖鲜章。

2. 药品唯一配送委托书（一个药品一份，加盖生产企业和配送企业鲜章，同一药品不得有 2 个或 2 个以上药品配送企业出具委托书）

3. 供应商失信处罚风险提示（一份，加盖配送企业鲜章）

4. 配送企业“两票制”承诺书（一个药品一份，加盖配送企业鲜章）

5. 供应保障承诺书（非必需材料。一个药品一份，加盖生产企业和配送企业鲜章，按实际情况提供）

6. 其他资料（非必需材料。生产企业或配送企业认为有必要提交的其他资料）

☆☆☆备注：

上述材料当场提交，逾期不再接收任何资料；

上述材料均需按要求加盖生产企业或配送企业鲜章；

同一品规有 2 个或 2 个以上药品配送企业出具委托书，该品规提交资料作废；

上述 2-5 项，需按照我院提供的格式提交材料，否则不予接收。

药品唯一配送委托书

陆军军医大学第二附属医院：

兹委托_____公司负责我公司品规：

药品名称：_____，规格：_____，

生产企业：_____，在贵院的配送事宜；并承诺该配送企业为该品规在贵院的唯一配送。

委托公司联系人：

联系电话：

被委托公司联系人：

联系电话：

授权期限 年 月 日至 年 月 日

附：

委托公司联系人
身份证复印件（正面）

委托公司联系人
身份证复印件（反面）

生产企业名称（盖鲜章）
年 月 日

被委托公司联系人
身份证复印件（正面）

被委托公司联系人
身份证复印件（反面）

配送企业名称（盖鲜章）
年 月 日

供应商失信处罚风险提示

各配送企业：

根据上级对参加军队采购活动供应商的相关要求，对相关事宜提示如下：

供应商在参加军队采购活动过程中，如出现弄虚作假、串标围标、不按合同履行等问题，经逐一核实后纳入“军队采购失信名单”，对其参加军队采购活动予以限制，并报军地相关部门备案。

陆军军医大学第二附属医院
药事会办公室（医务处代章）

请抄写以下文字：我单位已知悉上述风险提示。

配送企业名称：_____（加盖公章）

日期： 年 月 日

配送企业“两票制”承诺书

陆军军医大学第二附属医院：

为认真落实国家及重庆市“两票制”相关要求，本单位郑重承诺：

一、我单位向贵医院配送的

“_____（药品名称，规格包装，厂牌）”

符合两票制规定。

二、送货时携带生产企业到配送企业（我单位）的发票、随货同行复印件，复印件加盖配送企业公章。

三、送货时携带配送企业（我单位）到医院的随货同行原件。

四、生产企业到配送企业的随货同行复印件、配货企业到医院的随货同行原件、实货，三者批号一致。

五、按照发票管理有关规定开具增值税专用发票或者增值税普通发票，项目要求填写齐全。汇总开具发票的，使用增值税发票管理系统开具清单。

六、我单位如不按规定执行“两票制”，造成的后果由我单位承担。

企业名称：_____（加盖公章）

日期： 年 月 日

供应保障承诺书

陆军军医大学第二附属医院：

本单位（生产企业）_____、
（配送企业）_____郑重承诺，向贵
医院申请供应的“_____”
（药品名称，规格包装，厂牌），至少（☐3 个月、☐6 个月、
☐1 年）内保障稳定供应_____支/瓶/盒。如未履行该
承诺，产生的不良后果由我单位承担。

此 致

生产企业加盖公章

配送企业加盖公章

日期： 年 月 日

附件 3

XXX_公司可配送药品一览表 (密封资料)

序号	药品名称	规格*包装	剂型	生产企业	医保属性	医保支付价 (元)	基药属性 (是/否)	计价单位	重庆市药交所挂网价 (元)	配送企业 供应价 (元)	是否 通过一致性评价	配送委托 (有/无)
1	xxx	? mg* ? 片/粒	xxx	xxx				盒				
2												
3												
4												

☆☆☆备注: 本表格在统一启封报价前提交有效, 已进入价格公示环节提交的表格一律作废。