

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、军队有关要求，结合我院实际，拟对相关药品进行征询，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12月18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。不收取军队采购失信名单、采购暂停名单、政府采购失信名单的企业资料。

- 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12月6日

附件 1

征询药品明细

序号	药品名称	剂型	规格	备注
1	氟康唑	口服常释剂型	/	国家组织药品集中带量 采购(重庆)中选药品供 应清单内药品
2	甲硝唑	口服常释剂型	/	
3	丙泊酚中/长链脂肪乳	注射剂型	/	
4	多索茶碱	注射剂型	/	
5	非洛地平	缓释剂型	/	
6	左西替利嗪	口服常释剂型	5mg	
7	脂肪乳氨基酸葡萄糖	注射剂型	1440ml	
8	灭菌注射用水[玻璃]	注射剂型	500ml	
9	复方电解质	注射剂型	500ml	
10	倍他司汀	注射剂型	2ml:10mg	
11	长春地辛	注射剂型	1mg	
12	阿托品	口服常释剂型	0.3mg	
13	聚维酮碘	含漱剂	250ml:2.5g	
14	高三尖杉酯碱	注射剂型	1mg	
15	山莨菪碱	注射剂型	10mg	
16	鱼精蛋白	注射剂型	50mg	
17	血液滤过置换基础液	注射剂型	4000ml	
18	抗凝血用枸橼酸钠溶液	注射剂型	200ml:8g	
19	荆花胃康	丸剂	80mg	
20	复方丹参	丸剂	27mg	
21	养血清脑	颗粒剂	4g	

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。