

# 湖州市公立医疗机构 药品集中采购公告(第一批)

各相关企业:

根据《湖州市公立医疗机构药品集中采购工作方案》(湖医保联发〔2019〕4号)和《湖州市公立医疗机构药品集中采购(第一批)实施细则》有关要求,拟开展全市药品集中采购工作,现将湖州市公立医疗机构药品集中采购(第一批)具体事项公告如下:

## 一、采购主体

全市所有公立医疗机构组成联合体作为本次药品集中采购主体。

## 二、采购范围

本次全市公立医疗机构药品集中采购范围为抗微生物药品,包括2018年7月1日(含)-2019年6月30日(含)期间,全市公立医疗机构在省药械采购平台有交易记录的所有抗微生物药品。

## 三、信息公示

依据省药械采购平台数据,对规定时间段内有交易记录的抗微生物药品进行整理汇总形成《药品采购目录信息表》(附件1),并同步公示5个工作日,如有异议须提供加盖企业鲜章的证明材料申请更改信息;对符合实施细则要求未

列入公示目录的产品，接受企业申请，经核对无误后纳入《药品采购目录信息表》。更改信息材料请于 2019 年 8 月 1 日 17:00 前书面反馈至市公立医疗机构药品集中采购工作委员会办公室，逾期不予受理。

#### 四、发布目录

根据企业反馈情况进行梳理，必要时邀请相关专家进行确认，最终发布本次药品集中采购目录。

#### 五、企业报价

1、本次药品集中采购不设报名、议价环节，仅接受企业一次性书面报价。报价企业应提供加盖企业鲜章的《供应企业报价表》（附件 2）、《供应企业承诺函》（附件 3）、《法定代表人授权书》（附件 4）等纸质材料。

2、同一生产企业的多个产品只接受一个被授权人进行报价，一个被授权人只能代表 1 家企业。仅包装转换比不同的产品只能申报 1 个常用包装。

3、省药械采购平台上的低价药品允许配送企业报价，非低价药品只接受生产企业报价。

4、生产企业设立的仅销售本公司产品的商业公司，进口及港、澳、台地区产品国内总代理（无国内总代理的，应为从境外取得浙江省代理授权的唯一代理商）可视同生产企业。代理商需递交生产企业法定代表人授权书（协议）。

#### 六、报价时间与方式

报价时间：2019年8月5日8:30至2019年8月16日18:00。本次报价不接受当面递交材料，供应企业报价表需一式两份，报价企业须使用顺丰快递寄送相关材料至湖州市医疗保障局（湖州市凤凰路579号），收件人：雷勋霞，邮政编码：313000，联系电话：0572-2320021，0572-2320022。快递封面还需详细填写以下信息：寄件企业名称、厂家编号、寄件人姓名、手机号码等。

附件 1. 药品采购目录信息表

2. 供应企业报价表

3. 供应企业承诺函

4. 法定代表人授权书



附件 2:

## 供应企业报价表

报价企业 (盖章):

厂家编号	企业名称	产品 ID	药品名称	剂型	规格	转换比	包装单位	最高(医保)支付标准	本次报价	省内最低价格
按信息表中“厂家编号”填写		从信息表中选择	从信息表中选择	从信息表中选择	从信息表中选择	只能申报 1 个常用包装		没有最高(医保)支付标准的,填写联动的(采购)价	不得高于省内最低价	必填项

填报说明: 1、本次报价为包含配送费的实际到医院含税价格,保留 2 位小数,此表一式两份。

2、表中信息参考本次药品采购目录信息表(附件 1)信息填写。

被授权人姓名:

被授权人手机:



附件 3:

## 供应企业承诺函

湖州市公立医疗机构药品集中采购工作委员会办公室:

在阅读了《湖州市公立医疗机构药品集中采购（第一批）实施细则》及相关公告内容后，我方决定按照实施细则规定，参加湖州市公立医疗机构药品集中采购事宜。我方承诺：

1、保证所提供的全部资质证明材料、文件和报价的真实性及合法性，并愿赔偿采购方因上述资质证明材料、文件和报价出现瑕疵所蒙受的全部经济损失，并承担相关的一切法律责任。如目录内产品省内供应价格下调，我方及时告知药品采购办公室，并以最新价格联动下调，否则视作不诚信行为，接受工作委员会处理。

2、若我方产品成交，将在规定时间内签署购销合同，严格执行“两票制”，并保证市场供应。我方严格按照产品实际采购方的要求，保持配送关系的稳定并约束配送商按时配送成交产品，确保产品购销合同的履行。我方对报价产品的质量安全、货源保证、及时配送等承担全部责任。如我方未能对所有采购方临床使用产品进行及时配送，采购方有权取消所有成交产品的供货资格。

3、我方与本次采购工作的采购方没有产权关系，不会与采购方及实际使用人进行任何不正当联系，不会在竞争性申报过程中有任何违法违规行为，不会在成交后采用不正当手段进行非法临床促销活动、提供各种回扣或其它商业贿赂。如有违反，愿意承担相关一切法律责任，接受工作委员会处理决定。

4、我方承诺申报产品近三年内未被药监部门认定为假药、劣药等情况，并完全能理解本次所申报的产品最终可能在评审流程结束后不能成交。

本承诺书从报名起到本次采购期结束均有效，并对我方具有法律约束力。本承诺书及贵方发布的成交公告将构成约束我们之间的协议。

供应企业名称（盖章）：\_\_\_\_\_

法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_

出具日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

附件 4:

## 法定代表人授权书

### 本授权书声明:

注册于(公司地址)的公司(公司名称)的在下面签字的(法定代表人姓名、职务)代表本公司授权本企业在下面签字的(被授权人姓名)为公司的合法代理人,负责本次湖州市公立医疗机构药品集中采购活动中提交资质证明材料、确认报价相关信息、签订购销合同及执行和完成合同、售后服务等工作,并以本企业名义处理一切与之有关的事务。执行期内如法定代表人或被授权人变更将及时向湖州市公立医疗机构药品集中采购工作委员会办公室提交新的授权资料。被授权人确保在通常条件下可被及时联络,否则因此带来的有关损失自行承担。

本授权书授权期限: \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至本次采购周期结束。

供应企业名称(盖章): \_\_\_\_\_

授权法定代表人(签字或盖章): \_\_\_\_\_

被授权人(签字): \_\_\_\_\_

被授权人联系电话: \_\_\_\_\_, 手机: \_\_\_\_\_

被授权人职务: \_\_\_\_\_

授权书签发时间: \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

<p>被授权人居民身份证复印件粘贴处 (正面) 加盖生产企业骑缝章</p>	<p>被授权人居民身份证复印件粘贴处 (反面) 加盖生产企业骑缝章</p>
---	---

注: 1. 被授权人居民身份证复印件必须与原件一致; 2. 整个采购过程只有此被授权人能进行签字确认、配套服务、签订购销合同等事宜。