关于抚州市第一人民医院进行医用耗材配送企业

报名的通知

各相关医用耗材经营企业：

为规范医用耗材采购行为，加强采购过程的管理和监督，切实控制医用耗材费用，保障成交产品的质量安全和及时供应，抚州市第一人民医院将对医院在用医用耗材进行遴选（二次议价）。本次医用耗材遴选项目中，配送企业后期须参与网上竞价及配送能力打分环节，现邀请符合条件的企业进行报名。

一、报名时间：2021年3月17日-4月12日15:00

二、报名流程：

1、企业登录“医药梦网”（<http://www.drugnet.com.cn/>）点击“医用耗材采购”选择——抚州，注册并填报企业基本信息后进入“抚州市耗材阳光采购综合服务平台”选择“抚州市第一人民医院采购”。

2、选择“配送企业”身份，点击“完善资质”将相关资料的原件扫描件进行系统上传，同时将资料纸质版文件复印加盖公章递交至代理机构进行审核；

3、资质审核通过后，购买CA数字证书（企业已有代理机构发放的CA数字证书且在有效期之内的无需再次购买）。

三、报名条件：

- 1、企业应取得法人《营业执照》、《医疗器械经营许可证》；
- 2、具有履行合同的仓储能力，企业须提供土地使用权证或租赁合同；*
- 3、财务状况良好，企业须提供 2020 年医用耗材销售金额的承诺函及发票（具体格式见附件 1）；*
- 4、具有良好的诚信记录，近 2 年内无违法违规经营、无重大税收违法记录，企业须提供信用中国查询截图；
- 5、提供法人授权委托书和被委托人情况说明（具体格式见附件 2）；
- 6、具有投资参股关系的关联企业，或具有直接管理和被管理关系的母子公司，或同一母公司的子公司，或法定代表人为同一人的两个及两个以上法人不得同时报名，否则均取消入围资格；
- 7、依据《中共抚州市第一人民医院党委关于解除或终止采购协议的规定》列入抚州市第一人民医院黑名单的企业将拒绝其报名；

备注：

1. 带有“*”标志的第 2、3 项为后期配送产品中选的重要打分项，请企业重视。
2. 企业 2020 年医用耗材销售金额，企业在系统上传承诺书并将**供货明细及发票压缩打包发送至指定邮箱（邮箱号：XFHC@drugnet.com.cn），且将供货明细及发票保存在 U 盘中，在快递报名的纸质资料时，一起快递至代理机构；**代理机构及医院后期将进行核查，并保持随时复查的权利，一经发现企业虚假承诺的，直接取消配送资格，列入抚州市第一人民医院黑名单，并报送抚州市及江西省医保局等监督部门进行备案。

四、纸质版资料递交：

- 1、截止时间：2021 年 4 月 11 日 17：00

2、邮寄地址：北京市海淀区万泉河路小南庄 400 号（中国妇幼保健协会一层）抚州项目组收

3、电 话：010-68487205 、010-68480139

五、代理机构：

北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

咨询电话：010-68487205、010-68480139

咨询时间：法定工作日上午 9:00—12:00;下午 13:30—17:30

公告网站 www.drugnet.com.cn（医药梦网）

邮 箱：XFHC@drugnet.com.cn

QQ 群： 787247346

账户名称：北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

开户银行：北京银行阜裕支行

银行账号：01090373100120105077041

北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

2021 年 3 月 17 日

附件 1

2020 年医用耗材销售金额的承诺函

致：抚州市第一人民医院（北京先锋寰宇电子商务有限责任公司）

我司承诺完全具备对采购人所需产品的配送供货能力，并保证严格按照采购文件和采购人的要求，提供全面、完善的服务。

我司承诺 2020 年**医用耗材**销售金额为_____万元，并将供货明细及发票在规定时间内打包发送至指定邮箱，同时 U 盘将文件打包同纸质资料发送到代理公司。

我方保证相关证明材料的真实性、合法性并愿承担一切法律责任。如因我司未及时提供，愿意接受视为无效报名的处罚。

我司认可代理机构及医院后期对我司提供资料进行核实/复查的权利，并予以积极配合。如我司提供虚假承诺或提供资料不真实，愿意接受直接取消配送资格，列入抚州市第一人民医院黑名单并报送抚州市及江西省医保局等监督部门进行备案等相关处罚。

本保证书有效期限为：自签署之日起至采购周期结束。

企业名称：（盖章）

日 期：

法定代表人授权委托书

本授权委托书声明：注册于（企业地址）的（企业名称）的在下面签字的（法定代表人姓名、职务）代表本企业授权（企业名称）在下面签字的（被授权人的姓名、职务）为企业的合法代理人，就关于抚州市第一人民医院进行医用耗材配送企业报名事宜以及后期 2021 年抚州市第一人民医院医用耗材遴选（二次议价）采购项目中相关的操作，以本企业名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

授权企业名称（盖章）：

授权法定代表人签字：

代理人（被授权人）签字：

代理人（被授权人）的情况说明

姓 名：

座机电话：

传 真：

手 机：

电子邮箱：

代理人（被授权人）身份证复印件（正
面）粘贴处

代理人（被授权人）身份证复印件（反
面）粘贴处

授权企业名称（盖章）：

注：身份证骑缝粘贴处须加盖单位公章。