

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，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2024年4月28日(星期日)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)

2024年4月18日

附件 1

征询药品明细

序号	药品名称	剂型	规格
1	氢化可的松	口服常释剂型	20mg
2	复方氯化钠（直立式单阀）	注射剂型	500ml
3	高锰酸钾	片剂（外用）	0.1g
4	丙硫氧嘧啶	口服常释剂型	50mg
5	阿普唑仑	口服常释剂型	0.4mg
6	柳氮磺吡啶	口服常释剂型	0.25g
7	卡马西平	口服常释剂型	0.1g
8	美托洛尔	缓释剂型	47.5mg
9	灭菌注射用水	注射剂型	5ml
10	青霉素钠	注射剂型	400w
11	地西洋	口服常释剂型	2.5mg
12	复方氨林巴比妥	注射剂型	2ml
13	螺内酯	口服常释剂型	20mg
14	异丙嗪	注射剂型	2ml : 50mg
15	右雷佐生	注射剂型	250mg
16	异烟肼	注射剂型	2ml:100mg
17	他卡西醇	软膏剂	0.0002%
18	静注人免疫球蛋白 (遴选两家,每家单月保供不低于1250瓶)	注射剂型	2.5g

19	甲羟孕酮	口服常释剂型	0.5g、0.25g
20	复方托吡卡胺	滴眼剂	/
21	左氧氟沙星	滴耳剂	/
22	高三尖杉酯碱	注射剂型	/
23	二甲双胍	口服常释剂型	/
24	羟乙基淀粉 130/0.4 电解质	注射剂型	500ml
25	浓氯化钠	注射剂型	10ml:1g
26	阿莫西林	颗粒剂	0.125g
27	利奈唑胺	注射剂型	300ml:600mg
28	托法替布	口服常释剂型	5mg
29	氨溴索	注射剂型	2ml:15mg

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（2023 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（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；供应静注人免疫球蛋白必须提交。）

6. 其他资料（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）内保障稳定供应每月_____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。