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 2025 年 1 月 6 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）

2024 年 12 月 25 日

附件 1

征询药品明细

编号	药品名称	包装规格	剂型
1	苯扎贝特（仅集采中标品规）	0.2g	口服常释剂型
2	3%氯化钙（仅集采中标品规）	/	注射剂型
3	地塞米松	5mg	注射剂型
4	柳氮磺吡啶	0.25g	口服常释剂型
5	阿托品	0.3mg	口服常释剂型
6	阿司匹林	25mg	口服常释剂型
7	小檗碱	0.1g	口服常释剂型
8	阿帕替尼	0.25g	口服常释剂型
9	尼可刹米	0.375g	注射剂型
10	甲硝唑	0.2g	口服常释剂型
11	泼尼松	5mg	口服常释剂型
12	氯丙嗪	50mg	口服常释剂型
13	非索非那定	30mg	口服常释剂型
14	液状石蜡	500ml	溶液剂
15	间羟胺	10mg	注射剂型
16	维生素 C	0.1g	口服常释剂型
17	达卡巴嗪	100mg	注射剂型
18	阿莫西林克拉维酸钾	/	口服常释剂型
19	锡类散	/	散剂
20	重组人促卵泡激素	/	注射剂型
21	沙利度胺	/	口服常释剂型
22	艾沙康唑	200mg	注射剂型
23	两性霉素 B 脂质制剂	50mg	注射剂型
24	替莫唑胺	/	口服常释剂型
25	酚磺乙胺	2ml:0.5g	注射剂型
26	利巴韦林	1ml:0.1g	注射剂型
27	抗 A 抗 B 血型定型试剂	/	/
28	梅毒甲苯胺红不加热血清试验诊断试剂	/	/
29	丙型肝炎病毒抗体诊断试剂盒	/	/

附件 2

非密封资料清单

1. 应标企业如为药品生产企业，需提交以下材料:

（1）国内注册的独立法人证明材料。

（2）《药品生产许可证》。

（3）征询目录内所有药品的本企业有效生产批件。

（4）征询目录内所有药品的本企业供应保障承诺书。

2. 应标企业如为配送企业，需提交以下材料:

（1）国内注册的独立法人证明材料（仅新配送企业提交）

（2）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 年和 2024 年上半年）、重庆市主城区三甲医院配送证明材料。

（3）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）

（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）

3. 供应商失信处罚风险提示（一家配送企业一份，加盖配送企业鲜章）

4. 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；

以上资料查看原件留复印件，复印件均需加盖鲜章；

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2-4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

各生产/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、不按合同履约等问题，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

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。