附件2-1：

内蒙古自治区药品器械集中采购业务受理表

受理编号： 分类编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 药品 □ 耗材 □  | 业务申请□ 投诉建议□ 情况说明□ 资料补充□ |
| 单位用户名 |  | 被授权人 |  | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  |
| 注册地址 |  |
| 申请主题 | 本 单 位□ | 企业信息□ 产品信息□ 价格信息□ 其 他□ |
| 其他单位□名称 | 企业信息□ 产品信息□价格信息□ 其 他□ |
| 简要说明：  |
| 附件：  |
| 提交时间 | 年 月 日 | 递交人签字 |  | 共 页 |
| 拟办意见 |  | 受理人签字 |  |
| 中心处理 | 受理科室 |  | 接收人 |  | 接收时间 |  |
| 核实结果和处理意见 |  |
| 领导小组管理部门审核意见 | 材料转办部门 |  | 接收人 |  |
| 处理意见 |  |
| 医药采购中心办理 | 材料转回时间 |  | 接收人 |  |
| 处理结果 | 负责人（签字）： |

1.此表适用用于内蒙古药械集中采购平台用户申请业务办理需要；2.此表作为药械集中采购工作中各单位办理业务重要依据，由申请人填写，加盖鲜红公章后附相关证明文件由被授权人递交；3.医药采购中心根据业务办理流程及时处理并统一网上答复。

 附件2-2：

药品集中带量采购法定代表人授权书

联盟采购办公室：

本授权书声明：注册于 （地址）的 （公司）的

（法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人的姓名、职务）为公司的合法代理人（需提供居民身份证复印件），就“八省二区”省际联盟第三批药品集中采购（编号：NMG-YP2022-1）项目，以本公司名义参与药品申报、报价等一切与之相关的事务。本公司与被授权人共同承诺本次申报的真实性、合法性、有效性。

本授权书于 年 月 日签字生效，有效期至本次药品集中采购工作截止日止。

特此声明。

法定代表人签字（盖章）： 联系电话：

被授权人签字（盖章）： 联系电话：

法人

居民身份证

正面

复印件粘贴

被授权人

居民身份证

正面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

背面

复印件粘贴

被授权人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

注

注：身份证粘贴处要加盖企业公章

 附件2-3：

申(投)诉药品列表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **目录编码** | **药品编码** | **目录通用名** | **目录规格** | **通用名** | **剂型** | **规格** | **转换系数** | **包装单位** | **包装材质** | **生产企业** | **申（投）诉事项** |
| 例： | 1 | ZD100000 | 烟酰胺注射剂 | 0.1g(包括1ml:100mg) | 烟酰胺注射液 | 注射剂 | 1ml:100mg | 1 | 瓶 | 玻璃安瓿 | XXX有限公司 | ...... |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

情况说明

（企业自拟）

相关佐证材料

（根据申投诉内容提供）