关于印发《十堰市郧阳区人民医院药品配送企业遴选方案》的通知

各药品配送企业:  
 现将《十堰市郧阳区人民医院药品配送企业遴选方案》印发给你们，如有意参加遴选，请认真遵照方案备好资料按时递交，并保证资料的真实性。  
 为防恶意竞争，保证规范运作、科学评估，各公司务必在递交文件截止日期前递交相关资料。

十堰市郧阳区人民医院

2022年1月12日

郧阳区人民医院药品配送企业遴选方案

为提升我院药品供应保障与医院药学服务能力，经研究决定开展医院药品配送企业遴选工作。本着“公平、公正、择优”的原则遴选综合实力雄厚、经营范围齐全、配送供应能力强、无不良信用记录的优秀药品配送企业为我院提供药品配送服务，结合我院实际，特制定本方案:  
一、基本原则  
 坚持公平与效率统一，遵循公开、公平、公正的原则，规范运作、科学评估，遴选出实力强、服务好、重信誉的药品配送企业。  
二、报名时间及地点  
 时间:2022年1月13日-1月15日  
 地点:郧阳区人民医院药械科  
三、报名条件及要求

（一）申报企业条件

1、具有独立法人资格,并具有有效的《药品经营许可证》和《药品经营质量管理规范认证证书》；

2、具有湖北省药品集中采购配送企业资格；

3、无商业贿赂不良记录和湖北省药械采购不良记录,无行贿犯罪记录；

4、近3年以来未被市场监督管理部门公告、通报或处罚。所配送药品无近3年以来国家药品质量公告中生产环节抽检不合格的产品及湖北省药品质量公告中抽检不合格的产品；

5、所有报名公司凡不提供资料者，一律视同弃权。

(二)企业遴选资料  
 企业提交遴选资料时，需提交以下材料，并按顺序分类装订，一式三份，统一密封装袋，在遴选当天送达，并注明企业名称。

1.申请书(见附件)；  
2.法人授权委托书（见附件）；  
3.资质证明文件:《企业法人营业执照》副本复印件、《药品经营

许可证》正、副本复印件、《药品经营质量管理规范认证证书》复印件、《税务登记证》复印件、《企业法人组织代码证》复印件；

4.提供2020年和2021年的纳税情况(纳税申报表等)。

5.药品配送服务能力承诺书（见附件）；

6.药品配送车辆行驶证及营运证等；

7.基本设施设备资料:企业办公场所、营业场所、药品仓库的产权证明或租赁合同，上述场所的面积情况、方位图、平面布局图及相关设施设备一览表；

8、2021年度给全市二级及以上医疗机构开具的药品出库信息的截图资料，每家医院至少截图一张；  
 9.企业实行药品“两票制”承诺书和企业诚信网查询证明；

10.质量管理体系资料:药品质量管理文件、质量管理人员的学历、身份证、职称证书、资格证书等;  
 11.药品购销存计算机管理系统资料(含电子订单、配送信息服务的网络信息系统)：计算机管理系统(含电子监管系统)软件功能证明及说明资料；

12.上市企业应提交企业上市相关资料；

13.企业法人的资格申明（见附件）。  
(三)相关要求  
 1.所有申报遴选材料及复印材料均需加盖企业公章;

2.委托授权书必须法人代表签字；

3.所有材料均须采用A4规格的纸张进行复印/打印，按照配送企业申请需要提供材料的顺序装订成册;  
 4.企业提供的所有申报资料应合法、真实、有效，如提供虚假材料，将取消准入或配送资格;  
 5.被授权人是配送经营企业法定代表人指定为全权处理药品集中采购配送相关事务的合法责任人，并承担相应的法律责任;  
 6.不接受企业邮寄、快递、传真等形式递交的申请。请安排人员递交并签字完善相关手续。  
四、遴选程序  
 (一)十堰市郧阳区人民医院对外发布药品配送企业遴选公告。  
 (二)各企业在规定时间内提交真实有效的企业资质材料一份，并加盖公章，由十堰市郧阳区人民医院药械科进行初步审核。

(三)召开遴选评审会，各递交遴选申报材料的企业根据资料递交时间先后排列遴选序号，进行现场介绍，参评专家对初审合格的配送企业根据企业递交材料、配送企业遴选评分标准、实际配送服务能力、现场介绍情况等集中评分，按得分高低顺序遴选出4家药品配送企业，并予公示5天，公示后无异议，交院办公室备案，并书面通知各企业。  
 (四)整个遴选全过程均由我院监审科进行监督。

五、评审专家组成人员

评审会前通知相关专家  
六、评审时间  
 予评审前电话通知到通过资格初审的各企业  
七、结果处置  
 遴选结果公示5天，即生效。对全部参选公司均发给遴选结果通知，全部程序及结果最终解释权归我院。

1. 配送内容和周期

通过遴选产生的配送企业将会获得郧阳区人民医院相应的药品配送资格。原则上从2022年2月1日起实施配送工作，遴选出的配送企业与我院签定2年药品配送合同。配送企业主动退出、强制退出或根据需要调整时，按照公开遴选结果的排序依次递补。配送企业如不具备按合同供应药品能力或出现违规经营假劣药品以及其它严重违法、违规行为的，直接取消其配送资格。

九、配送企业评定项目和评分标准:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评审内容** | **评分标准** | **分值** | **备注** |
| **1** | **企业规模** | **注册资金按照企业由高到低排序，最高者10分，以此递减1分** | **10** | **提供企业营业执照复印件，加盖企业公章，原件备查** |
| **2** | **销售规模** | **按各企业2020-2021年配送销售金额折算得分，最高者得10分，以此递减1分** | **10** | **提供企业2020年和2021年税务部门加盖公章的纳税财务报表，并加盖单位公章** |
| **3** | **经营配送能力** | **企业经营品种齐全，能按医院要求频次及时送货** | **5** | **提供药品配送服务承诺书，并加盖单位公章** |
| **企业拥有自主产权的配送车辆，且应包含至少1辆冷链药品配送车** | **5** | **提供本公司注册的行驶证复印件，加盖单位公章，原件备查** |
| **4** | **企业仓储** | **企业药械仓储符合国家药品监督管理部分要求，仓储规模按照占地面积大小排序，最高者10份，以此递减1分** | **10** | **提供注册地自有房屋产权证或租赁合同等能反映面积情况的复印件，加盖单位公章，原件备查** |
| **5** | **服务能力** | **本地区配送二级及以上医疗机构数量，按服务数量多少排序，最高者得10分，以此递减1分** | **10** | **提供2021年度给全市二级及以上医疗机构开具出库信息的截图一张，并加盖单位公章** |
| **6** | **药品质量与管理** | **企业配送药品符合“两票制”要求，若企业存在违反GSP规范案件的，该项目不得分** | **5** | **提供“两票制”承诺书和诚信网站查询证明** |
| **有健全的药品质量管理制度** | **5** | **提供公司质量管理制度、质量管理人员资料** |
| **7** | **药品管理系统** | **有完善规范、可溯源的药品信息管理系统得10份，无信息管理系统不得分** | **10** | **提供与软件公司签订的合同复印件及软件公司具有的软件资质的资质证明材料复印件，并加盖单位公章，原件备查** |
| **8** | **企业上市情况** | **配送企业属上市企业，非上市企业不得分** | **10** | **若属上市企业，需提供上市企业相关证明资料，并加盖单位公章，原件备查** |
| **9** | **现场评分** | **根据现场资料审核、授权委托人或法人介绍情况综合评分** | **20** | **各企业自行准备材料介绍，形式不限，专家根据介绍情况打分** |
| **10** | **加分项** | **已属我院药品配送公司，且药品配送款积压额度超过3000万，加30分** | **20** | **本项属加分项，专家根据我院情况打分** |

封面

**参 选 文件**

参选名称：十堰市郧阳区人民医院药品配送公司遴选

参选公司：

参选人： （必须法人签字）

日 期： 年 月 日

附件1

**申 请 书**

致 ：

1、根据已收到贵院的遴选方案。授权 作为代表，同时基于对提供的遴选方案进行了阅读和充分的理解，在此向你方提出资格申请。

2、我方自愿接受医院查询或调查我们递交的与此申请书相关的声明、文件和资料。按医院的要求，提供必要的和要求的资料，以核实本申请书中提交的或与参选人的经验和能力有关的声明和资料。

3、本申请充分理解下列情况：

遴选合格的参选人，必须以资格申请书递交的资料得到证实为前提。如有变动，则以提供的资格申请书主要内容的更新为准；

4、下述签字人在此声明，本申请书中所提交的声明和资料在各方面都是完整的、真实的和准确的。

4.1参选人将按遴选文件的规定履行合同责任和义务。

4.2参选人已详细审查全部遴选文件，完全理解并同意放弃对这方面有不明及误解的权力。

与本参选有关的一切正式往来信函请寄：

地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 传真\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电子函件\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

参选人名称（全称）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 参选人授权代表签字（章）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

附件2

**法定代表人授权书**

﹝ ﹞：

兹授权 为我公司参加贵院组织的（十堰市郧阳区人民医院药品配送公司遴选）项目活动的代表人，全权代表我公司处理在该项目活动中的一切事宜。代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

授权单位（签章）：

法定代表人（签字或盖章）

签发日期： 年 月 日

附：

代理人工作单位：

职 务： 性别：

身份证号码：

|  |
| --- |
| 粘贴被授权人身份证（复印件） |

附件3

药品配送服务承诺书

本单位 是合法注册的药品经营企业。  
在此承诺:  
 一、本公司保证遵守药品监管有关法律、法规和有关规定，确保药品市场的稳定发展。  
 二、严格控制进货渠道，防止假、劣药品进入医院，确保药品质量。  
 三、做好药品采购供应工作，积极组织货源，丰富药品品种，稳定药品价格，满足市场供应，对贵院急需的品种派专人采购，按协议的时间送达。  
 四、保证提供质量优质的服务。本公司配送的药品将按照配送合同的要求，按时向医疗机构交付约品，不以任何借口违反合同拒绝配送。在药品配送过程中，做到及时、准确、周到、方便、热情，不办事拖拉、刁难客户、手续烦琐、冷淡客户，实行“一站式”服务。  
 五、营造公平、公正、公开的市场竞争环境，坚决反对和抵制各种形式的商业贿赂行为。  
  
承诺企业名称(公章):  
  
法定代表人(签字):  
  
联系电话:

附件4：

**参选人的资格声明**

1．名称及基本情况：

（1）参选人名称

（2）地 址： 邮 编：

电 话： 传 真：

（3）成立或注册日期：

（4）公司性质：

（5）法定代表人或主要负责人：

（6）员工人数：

（7）注册资本：

2．参选人认为需要声明的其他情况：

兹证明上述声明是真实的、正确的。并提供了全部能提供的资料和数据，我们同意遵照贵院遴选要求出示有关证明文件。

参选人姓名：

授权人签字：

电 话：

传 真：

日 期： 年 月 日