**附件1：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **报名方式** | **报名单位** | **联系人** | **联系人电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |

成都市第四人民医院互联网医院药品配送服务

供应商报名表

**附件2：**

法定代表人资格证明

 成都市第四人民医院：

 单位名称：

 地址：

 姓名：        性别：       职务：

身份证号码：              ，系 （公司名称）   的法定代表人，以本公司名义参加 **（项目名称）** 的挂网比选，代表本公司进行比选谈判、签订合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

供应商（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件3：**

法定代表人授权书

 本授权委托书声明：我 (姓名) 系 (公司名称) 的法定代表人，现授权 (姓名及职务) 为我（公司）委托代理人，以本公司的名义参加 **（项目名称）** 的挂网比选。委托代理人在比选过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司及我本人均予以承认，并全部承担其所产生的所有权利和义务。

本授权书于 年 月 日生效，有效期 天。

委托代理人无转委托权。

特此委托。

供应商（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

委托代理人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件4：**

授权书

 本授权委托书声明：我 (姓名) 系 (分支机构名称) 的负责人，现授权 (姓名及职务) 为我（公司）委托代理人，以本公司的名义参加 **（项目名称）** 的零散谈价。委托代理人在零散谈价过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司及我本人均予以承认，并全部承担其所产生的所有权利和义务。

本授权书于 年 月 日生效，有效期 天。

委托代理人无转委托权。

特此委托。

供应商（分支机构全称并加盖鲜章）：

分支机构负责人（签字或加盖个人名章）：

委托代理人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件5：**

**非独立法人资格供应商报名资料要求**

**若供应商为独立法人资格供应商的分支机构参与本项目，请按照以下要求提供报名资料：**

1. 提供具有独立法人资格供应商的营业执照（副本）复印件，并加盖其公章。

2、提供具有独立法人资格供应商的法定代表人资格证明**（格式见附件2）**，并加盖其公章。

2、提供具有独立法人资格供应商的法定代表人身份证复印件，并加盖其公章。

3、提供具有独立法人资格供应商的法定代表人向其分支机构负责人针对本项目的法定代表人授权书**（格式见附件3）**，并加盖其公章。

4、提供被授权分支机构营业执照（副本）复印件，并加盖其公章。

5、提供被授权分支机构负责人身份证复印件，并加盖其公章。

6、提供分支机构负责人针对本项目的委托代理人的授权书**（格见附件4）**，并加盖其公章。**若为分支机构负责人本人参与本项目的，则无需提供。**

7、提供分支机构针对本项目委托代理人的身份证复印件，并加盖其公章。**若为分支机构负责人本人参与本项目的，则无需提供。**

**附件6：**

|  |
| --- |
| 互联网医院药品交接记录 年 月 |
| 日期 | 快递件数 | 药师签名 | 快递员签名 | 备注 |
| 1日 |  |  |  |  |
| 2日 |  |  |  |  |
| 3日 |  |  |  |  |
| 4日 |  |  |  |  |
| 5日 |  |  |  |  |
| 6日 |  |  |  |  |
| 7日 |  |  |  |  |
| 8日 |  |  |  |  |
| 9日 |  |  |  |  |
| 10日 |  |  |  |  |
| 11日 |  |  |  |  |
| 12日 |  |  |  |  |
| 13日 |  |  |  |  |
| 14日 |  |  |  |  |
| 15日 |  |  |  |  |
| 16日 |  |  |  |  |
| 17日 |  |  |  |  |
| 18日 |  |  |  |  |
| 19日 |  |  |  |  |
| 20日 |  |  |  |  |
| 21日 |  |  |  |  |
| 22日 |  |  |  |  |
| 23日 |  |  |  |  |
| 24日 |  |  |  |  |
| 25日 |  |  |  |  |
| 26日 |  |  |  |  |
| 27日 |  |  |  |  |
| 29日 |  |  |  |  |
| 30日 |  |  |  |  |
| 31日 |  |  |  |  |

备注：药品明细以药品清单为准

**附件7：**

**成都市第四人民医院**

**互联网医院药品配送服务年度考核表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 快递公司 |  |
| 考核时间 |  |
| 考核人 |  |
| 考核项目 | **考核内容** | **得分** | **扣分原因** |
| 揽收服务 （20分） | 专人完成揽收服务 |  |  |
| 配送服务 （70分） | 1. 在协议约定的时限内完成药品配送

（20分） |  |  |
| 2.药品配送过程符合要求（20分） |  |  |
| 3.按照协议约定的资费标准收取患者快递费用（10分） |  |  |
| 4.因快递公司原因造成的患者投诉，每例扣5分（20分） |  |  |
| 应急事件处理（10分） | 配合医院及时处理各类应急事件 |  |  |
| 一票否决项 | 快递公司工作人员不得泄露医院及患者相关信息，除必要的开箱查验、过机安检、实名登记外，不得私自开拆、隐匿、毁弃、倒卖快件，不得有任何翻阅、复制、拍照等留存信息资料等行为。 |  |  |
| 总分 |  |  |