**湖南省药品集中采购配送企业**

**名称变更资料要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 材料要求 |
| 1 | 湖南省医药集中采购信息变更申请表 | 原件加盖鲜章，见附件1 |
| 2 | 变更事项说明 | 内容简明、扼要，格式自拟。 |
| 3 | 法人授权书 | 原件加盖鲜章，见附件2 |
| 4 | 药品经营许可证复印件 | 1、原件核对后现场退回2、复印件加盖鲜章递交 |
| 5 | 企业营业执照复印件 |
| 6 | GSP认证证书 | 复印件加盖鲜章 |
| 7 | 配送承诺书 | 原件加盖鲜章，见附件3 |

备注：请按照序号顺序进行装订。

附件1

湖南省医药集中采购信息变更申请表

递交日期： 材料编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 被授权人 |  | 联系电话 |  |
| 材料接收人 |  |
| 信息变更类型 | □ 企业更名 □ 一级代理商变更□ 法人信息变更 □ 产品信息变更□ 转厂 □ 其他 |
| 接收人核验意见 | 1、复印件是否清晰；□是；□否2、资料是否齐全； □是；□否  |
| 审核意见 |  签字： 时间： |
| 录入意见 |  签字： 时间：  |
| 备注 |  |

附件2：

法人授权书（格式）

湖南省公共资源交易中心：

本授权书声明：注册于 （公司地址）的 （公司名称）的在下面签字的

 （法定代表人的姓名）代表本公司授权本公司的在下面签字的 （被授权人的姓名）为公司的合法代理人，以本公司名义处理湖南省公立医疗机构网上药品集中采购项目的一切事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

授权法定代表人签字盖章：

代理人（被授权人）签字盖章：

法定代表人身份证复印件 被授权人身份证复印件

法定代表人

居民身份证复印件粘贴处

|  |
| --- |
| 被授权人居民身份证复印件粘贴处 |

注：法定代表人不需授权书，应携带身份证以证明其身份。

附件3

配送承诺书（格式）

致：湖南省卫生和计划生育委员会：

配送企业： （配送企业名称）保证在收到医疗机构网上采购订单后，按照《湖南省2013年医疗机构药品集中采购实施方案》等文件规定及双方签订的采购合同约定的要求，在规定时间内将质量合格的药品送达指定地点，并确保配送率达到80%以上，否则愿受违约处罚。

 上述承诺真实有效！

法人代表签字：

配送企业：（盖章）

 签署日期： 年 月 日