附件2

药品配送企业遴选条件审查表

| 序号 | 遴选条件 | | 符合条件打√，否则打× | 证明材料（复印件加盖公章并按顺序装订，原件备查） |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条的规定要求 | 具有独立承担民事责任的能力 |  | （1）企业法人证书  （2）《营业执照》《药品经营许可证》 |
| 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度 |  | 以下平台的查询记录截图：（1）中国裁判文书网站；（2）“信用中国”网站；（3）中国政府采购网的“政府采购严重违法失信行为记录名单”；（4）中国市场监管行政处罚文书网 |
| 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录 |  | 出具上年度纳税信用评价信息（复印件加盖公章）以及近6个月连续3个月缴纳社会保障资金的记录（复印件加盖公章） |
| 参加政府采购活动近3年内，在经营活动中没有重大违法记录 |  | （1）国家企业信用信息公示系统、当地政府部门或相关监管机构的官方网站等平台的查询结果；（2）上一合同周期内合作的配送企业未发生不良配送事件（以本医疗机构记录为参考，企业此项不必提供） |
| 2 | 药品配送企业须严格执行“两票制” | |  | 附佐证材料 |
| 3 | 配送西药、中成药、中药饮片企业必须具有广西药品和医用耗材招采管理系统的配送企业资质 | |  | 附佐证材料 |
| 4 | 药品配送企业为同一法定代表人，不得同时参加遴选活动 | |  | 医疗机构人员审核 |
| 5 | 药品配送企业服务承诺 | 配送药品的质量保证书 |  | 提供详细服务承诺，加盖企业公章 |
| 配送药品的及时性、完成率、配送准确度的保证 |  |
| 配送药品的售后服务保证 |  |
| 其他自主服务承诺方案 |  |
| 医疗机构复核结果 | 该配送企业是否能参与遴选： 是□ 否□ | | | |