**附件2**

丽水市级公立医院药品遴选采购**报名资料**

**封面及目录**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通用名： | | | 包装规格： | | 生产厂家： |
| 零售价： | | | 药品批准文号： | | 是否原研：🞎是 🞎否  是否通过一致性评价：🞎是 🞎否 |
| 一、 | 生产企业和药品上市许可持有人资质(营业执照复印件及药品生产许可证复印件) | | | | |
| 二、 | 生产厂家给业务员的个人授权，需有法人签名或签章，附被授权人的身份证复印件 | | | | |
| 三、 | 药品批件：   1. 国产药品提供：药品（再）注册批件/药品补充申请批件（厂名变更、效期变更、增加上市许可持有人等）（特殊药品需提供定点生产批件） 2. 进口/进口分装药品提供：进口药品注册证/医药产品注册证+药品注册批件+药品补充申请批件(特殊药品需提供进口准许证) | | | | |
| 四、 | 药品质量标准(包含正式标准和试行标准：试行标准效期2年、超过有效期需有试行标准转证的文件) | | | | |
| 五、 | 药品包装(最小包装、标签、外包装)及说明书备案件 | | | | |
| 六、 | 其他相关资料：适应症、用法用量、药理作用、相关优势特点说明、与同类品种比较优势（如为原研，提供发明专利证书；如通过一致性评价，提供通过一致性评价批件） | | | | |
| 七、 | 省内三甲医院使用情况（汇总及流向截图） | | | | |
| 代表姓名 | |  | | 联系方式 |  |

**说明：**1.以上资料均需提供加盖报名单位公章的扫描件。

2.报名单位无不良销售记录，符合国家及省卫生厅有关法规政策。

**一、生产企业和药品上市许可持有人资质(营业执照复印件及药品生产许可证复印件，进口及港、澳、台地区产品国内总代理需提供证明材料或授权书）**

1. **生产厂家给业务员的个人授权**

**法定代表人授权委托书**

致：丽水市医投健康发展有限公司

兹委派我单位在职职工 ，身份证号： ，联系方式: 代表我公司 参加贵单位组织的药品遴选采购，并以本企业名义处理一切与之相关的事务。

本公司认可，被授权人的签字与本公司公章具有相同的法律效力。

授权期限： 年 月 日至 年 月 日止。

附：

|  |  |
| --- | --- |
| 被授权人身份证复印件 |  |

单位名称（盖章）：

法定代表人（签章）：

被授权人（签字）：

**三、药品批件**

1. **药品质量标准(包含正式标准和试行标准：试行标准效期2年、超过有效期需有试行标准转证的文件)**

**五、药品包装(最小包装、标签、外包装)及说明书备案件**

**六、其他相关资料：适应症、用法用量、药理作用、相关优势特点说明、与同类品种比较优势（如为原研，提供发明专利证书；如通过一致性评价，提供通过一致性评价批件）**

**七、省内三甲医院使用情况（汇总及流向截图）**