**附件2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **药品申报信息汇总表** | | | | | |
| **申报企业（盖公章）：** | | | | | |
| **序号** | **类型** | **评价指标** | **药名** | **规格** | **报价** |
| 1 | 价格 | 企业报价 | 高锝[99mTc]酸钠注射液 | 5 mCi/支 |  |
| 锝[99mTc]亚甲基二膦酸盐注射液 | 25 mCi/支 |  |
| 锝[99mTc]喷替酸盐注射液 | 10 mCi/支 |  |
| 锝[99mTc]甲氧异腈注射液 | 30 mCi/支 |  |
| 锝[99mTc]甲氧异腈注射液 | 10 mCi/支 |  |
| 锝[99mTc]双半胱乙酯注射液 | 10 mCi/支 |  |
| 锝[99mTc]聚合白蛋白注射液 | 3 mCi/支 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **序号** | **类型** | **评价指标** | **申报企业填写** | **佐证资料名称** | |
| （填写具体佐证资料名称，包括不限于以下内容，装订成册） | |
| 2 | 企业实力 | 注册资金 |  | 提供真实有效证明材料，如营业执照等 | |
| 3 | 上一年销售额 |  | 提供真实有效证明材料，如2021年申报企业销售金额证明等 | |
| 4 | 上一年纳税金额 |  | 提供真实有效证明材料，如2021年申报企业纳税金额证明等 | |
| 5 | 企业信誉度 |  | 提供真实有效证明材料，如申报企业银行授信额度等 | |
| 6 | 企业能力及技术要求 | 已配送医院数量 |  | 提供真实有效证明材料，如出库记录等 | |
| 7 | 可配送药品种类满足我院用药需求程度 |  | 提供真实有效证明材料，如入库记录等 | |
| 8 | 物流及时性 |  | 提供真实有效证明材料，如配送时限承诺函 | |
| 9 | 安全事故处理能力 |  | 提供真实有效证明材料，如特殊情况应急及出现产品质量问题处理方案 | |

**说明：报名企业应确保所提供资料的真实性、有效性和合法性，否则引起任何责任由其自行承担。**