附件2

集采药品“三进”工作承诺函

（民营医疗机构）

                   （属地医保部门）：

我单位自愿参加集采药品“三进”工作，并作出以下承诺：

一、落实国家、青海省药品集采相关政策，坚持群众利益至上，商业利益服从于公众利益原则。销售集采药品售价不高于集采中选价格。

二、所配备的集采药品种类达 种以上，并随着国家、青海省药品集采政策进行动态调整。

三、参加集采药品“三进”工作时，按要求提供其他必要材料。

四、参加“三进”工作时间不少于一年，期间接受医保部门检查，若出现违反有关要求，接受相应处置。

五、履行购销协议，按规定时限结清药款。

六、加大对本单位工作人员集采政策解读和培训力度，确保工作人员熟悉药品集采政策，并向购药群众积极宣传集采政策。

此承诺函一式两份，医保部门和民营医疗机构各执一份。

单位名称（盖章） ：

承 诺 人（法定代表人或负责人签字）：

联 系 人：

联系电话：

年 月 日