附件3

集采药品“三进”工作承诺函

（定点零售药店/零售连锁药店企业）

                   （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：

1. 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。销售集采药品价格不超过中选价格 （加价率不超过中选价格15%）。
2. 我单位为：法人独立的单体药店🞎 零售连锁药店企业总部🞎

连锁零售药店以统筹区为单位，由连锁零售药店企业指定下辖的

 （连锁零售药店门店名称），作为代采机构在省级医药集中采购平台进行整体报量和采购。参加“三进”的零售连锁门店附后。

三、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。

四、集采药品销售专柜（区）设置在显著位置，且仅配备“三进”工作集采药品。

五、参加集采药品“三进”工作时，按要求提供其他必要材料。

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

七、履行购销协议，按规定时限结清药款。

八、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，医保部门和定点零售药店/零售连锁药店企业（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

零售连锁药店企业参与集采药品“三进”门店名单

零售连锁药店企业名称：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 市 | 县/区 | 药店名称 | 医保编码 | 社会统一信用代码 | 地址 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |