

附件 1

四川省集采药品“进零售药店”承诺书

(样本)

我单位自愿参加四川省集采药品“进零售药店”工作，严格遵守各项制度和相关规定，不断增强责任意识、质量意识、诚信意识和自律意识，现承诺如下。

一、严格落实国家、省药品集采相关政策，坚持群众利益至上原则，商业利益服从于公共利益，鼓励按“五统一”标准，配备销售集采药品：

(一) 统一悬挂集采药品标识，在醒目位置长期展示本单位配备的集采药品清单并动态更新，提升辨识度；

(二) 统一设置集采药品专区(柜)，规范集采药品管理；

(三) 统一公示价格，采用双标签公示集采药品中选价格和销售价格；

(四) 统一进行销售价格承诺，集采药品按照中选价/按不高于中选价加价 % (最高不超过 15%) 销售，切实减轻群众购药负担；

(五) 统一监督管理，在醒目位置公布医保部门咨询投诉电话，广泛接受群众监督。

二、所配备的集采药品种类达_____种及以上，并随着国家、

省集采政策的推进逐步增加或调整。

三、集采药品销售专柜（区）设置在显著位置，并在单位门口向群众进行提示和引导。

四、参加集采药品“进零售药店”时，向医保部门提交申请书、承诺书，并按医保部门要求提供其他必要材料。

五、参加“进零售药店”时间不少于一年，并按医保部门要求报送相关药品计划采购量。一年期内，接受医保部门检查和考核，若出现违反承诺事项的情况，接受医保部门作出的暂停或取消参加集采的决定。被取消参加集采或中途自主申请退出的，本药店两年内不再参加集采。

六、按报送的需求量完成采购，并承诺从收货验收到支付药品采购款最长不超过次月底。

七、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。

八、保证集采药品销售专区（柜）仅配备中选厂家集采药品，杜绝用未中选厂家药品替代中选厂家集采药品。

以上承诺坚决做到，如有违反，愿意接受相应的处理。

承 诺 方：（单位公章）

联系人及电话：

签订日期： 年 月 日