**附件一**

**成都市第五人民医院**

**中药饮片及中药配方颗粒配送服务基本信息**

**表1：**（文字描述，包括但不限于以下项目，可自拟格式）

|  |  |
| --- | --- |
| **供货商基本信息表** | |
| 挂网调研名称 |  |
| 报名公司名称 |  |
| 报名人姓名及联系方式 |  |
| 企业中药饮片/中药配方颗粒生产能力情况（包括是否具有自主提供批准文号管理的中药饮片能力） |  |
| 企业中药饮片质量层次情况（普通饮片、精制饮片、优质饮片） |  |
| 供应商中药种植基地及种植品种的情况 |  |
| 中药检验检测保障及检验能力的情况 |  |
| 供应商的仓储保障的情况 |  |
| 供应商配备的配送能力情况 |  |
| 中药饮片/中药配方颗粒产业发展情况（四川省产业情况及本公司发展情况） | 文字描述 1.四川省情况： 2.本公司情况： |
| 2021年1月1日至2023年12月31日三甲医院中药配送业绩 |  |
| 公司企业类型（另附佐证材料） | 大型企业（ ） 中型企业（ ） 小型企业（ ） 微型企业（ ） 监狱企业（ ） 其他 注：“是”打√ |
| 其他（根据本公司情况可自行添加，且另附相关证书） |  |
| 商务要求 | 1.响应配送到院时间： 2. 能否提供中药专业服务人员： 人 3.能否提供中药代煎配送服务： （是或否）， 服务是否收费 （是或否） |
| 注：如公司无该项目的填写无。请认真填写，否则将视为无效调研资料。 | |