

附件

供应意向确认函

(适用于头孢氨苄口服常释剂型产品)

江苏省医疗保障局：

我方_____ (企业名称) _____

(药品名称、规格、包装)，愿意按不高于该品种询价上限(0.25g, 0.1671元/片)参与我省供应并提供相关服务。我方承诺上述中选产品如出现新的省级中选价或省级挂网价低于本次续约供应价格的，在新的中选价格执行后20个工作日内主动申请将供应价格降至新的中选价格。我方承诺申报产品全年产能达到本次采购公告中意向采购量的2倍及以上，确保在采购周期内满足中选药品的采购需求，包括约定采购量以及超过约定采购量的部分，具有履行协议必须具备的药品供应能力，对药品的质量和供应负责。如我方药品中选，将及时、足量按要求组织生产，及时向配送企业发送药品，满足医疗机构临床用药需求。

申报企业(盖章)：

法定代表人(签章)：

日期： 年 月 日