附件2

集采药品“三进”工作承诺函

（民营医疗机构）

（单位名称） 自愿申请参加沈阳市集采药品“三进”工作，承诺在辽宁省药品和医用耗材招采子系统有计划全量采购“三进”药品，完成配送2个月内向生产（配送）企业支付货款；不高于省药品和医用耗材集中采购平台挂网价格（即集采药品中选价格）销售；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；公布医保部门咨询投诉电话，接受社会监督。规范执行集采药品采购销售、集采药品价格、医保支付政策以及医保基金使用等方面医保政策规定。

如我方在药品购销中存在违背承诺事项，我方愿意接受医保部门作出的约谈、暂停医保结算、取消其集采药品“三进”资格等相关处置措施。

此承诺书一式两份，医保部门和申报机构各执一份。

承诺方：（单位公章）

承诺人（法定代表人或负责人签字）：

联系电话：

签订日期： 年 月 日