

附件 2

医疗机构药品备案采购承诺书

为保障本院临床用药需求，经集体研究，拟备案采购药品如下：

序号	药品名称	剂型	规格	包装	流水号

本院承诺：严格落实国家、我省医药采购有关政策规定，知悉《安徽省医疗保障局关于规范药品应急采购工作的通知》有关要求，医院作为药品备案采购的第一责任人，对备案采购行为负责。

承诺医院领导签字_____

申请医院（盖章）_____

_____ 年 _____ 月 _____ 日