## 配 送 承 诺 函

（配送企业名称）正式承诺：如果本企业在肇庆市公立医院药品跨区域联合集中采购配送企业备案活动中审核通过并取得配送资格，本企业将严格按照《肇庆市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案》相关约定，保障药品配送，及时对网上订单进行响应和处理，保证按照医疗机构订单要求，及时、准确地把采购的药品送达指定地点。

在配送过程中，如出现不供货、供货不足量、供货不及时或仅对部分医疗机构供货，本企业自愿按照有关规定和约定接受处罚。

本承诺书有效期限：自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_日起至采购周期结束止。

特此承诺。

配送企业名称（加盖公章）:

法定代表人（签名或印章）：

日期: 年 月 日