

国药控股国大药房有限公司与_____药房

索坦药品发放合同书

甲方：

乙方：国药控股国大药房有限公司

甲、乙双方本着公正、诚信、互惠互利、友好合作的原则，就由甲方负责帮助乙方提供索坦产品配送服务事宜，为保证双方的权益，特订立本合同。

第一条：配送服务期限及内容

- 1、本合同起自贰零壹贰年壹月壹日，终于贰零壹贰年拾贰月叁拾壹日止，届满如需继续合作另行订立合同。
- 2、在合同期内，甲方将乙方提供的药品（索坦）按照乙方的要求向乙方所指定的患者按照“药品发放流程”提供索坦的发放配送服务，同时负责收集有关患者的信息（详见附件：“药品发放流程”）。
- 3、甲方负责保管乙方提供的药品（索坦），同时管理乙方提供药品（索坦）的库存报告（按照附件要求，完成“定期库存总结表”。）
- 4、甲方发放人员如有变动，必须提前书面告知乙方，同时新发放人员和乙方重新签订配送责任书。

第二条：索坦药品的配送和保管

- 1、索坦药品的保管：甲方将负责对乙方提供的药品（索坦）进行保管。
- 2、发放配送：甲方按照乙方要求将药品（索坦）发放到指定的患者手中。并于每季度 25 日前将空瓶快递至国药控股国大药房有限公司统一回收销毁。
- 3、信息收集：甲方按照乙方的要求进行有关信息收集（根据附件要求，定期上交和汇报附件所列表格）

第三条、保管、配送等相关费用

- 1、乙方需要支付给甲方的费用包括：索坦药物保管费、发药人员劳务费、以及在配送中所发生的管理费用（包括快递费用、传真费用等）。

总计费用：1000 元/月。

- 2、甲方必须按乙方要求的内容和时间及时、完整、真实、准确的上交索坦配送和保管中所需填写的报表（详见附件要求），如果甲方未能按照乙方要求完成相应患者表格和库存报告，则乙方有权按照一定比例扣除应支付的相关费用。
- 3、乙方支付费用以甲方开始进行“索坦”配送发放服务为准，按月核算，如无发放工作，不予支付当月劳务费的费用。
- 4、本费用主要用于支付参加本项目发药点的人员劳务和其它相关费用，为保证项目能顺利进行，因此需保证费用落实到门店及相关人员，如果因为费用没有及时支付给门店而导致配送质量下降，甲方将承担全部责任。乙方有权拒绝向甲方发款，并按有关规定收取违约金。乙方将不定期抽查费用发放情况结合门店实际操作项目完成的质量进行评估作为下一年项目续签的参考。

第四条、付款方式

- 1、所需款项每季度结算一次，并于结算后 10 天内乙方以支票或现金方式向甲方

支付所需款。

2. 乙方必须将所需款付给甲方指定的收款员或转入甲方指定的账号，否则，如发生损失由乙方承担；甲方指定的收款人应持甲方所出具的“法人代表授权委托书”，否则，如发生损失由甲方承担。

第五条、违约责任

1、如因所提供的药品质量不符合标准，所造成的损失由乙方承担。如药品在保存、发放时发生误差或损失由甲方及责任人承担。

2、乙方逾期未向甲方支付保配送等的相关费用，甲方有权随时终止配送，并按中国人民银行的有关规定收取违约金。如在保管配送时造成损失的甲方按同等原则支付违约金。

第六条、合同生效及其他

1、本合同经双方代表签字加盖公章后生效。

2、本合同一式两份，双方各执一份。

3、经双方签字核认的送货清单，作为本合同附件同具法律效力。

4、本合同未尽事宜，双方协商解决，发生纠纷时如双方协商不成可向法院提起诉讼。

甲方：（盖章）

法定代表人：

委托代理人：

电 话：

乙方：（盖章）

法定代表人：

委托代理人：

电 话：

附件：

药物申请、发放工作流程和要求

一、药物申请流程：

发药人员应根据病人数及现有药物库存数量，做出 2 个月的申药计划，随时填写“药物申请表”并立即传真给项目办公室；药师收到捐赠药物，验收无误后填写《收到捐赠药物说明》并即刻传真回项目办公室。

二、药物发放流程：

1. 患者初次领取药物：发药人员将收到项目办公室传真的“患者进入项目通知”及项目办公室盖章的索坦处方（医院处方）复印件。患者同时也将收到入组信息，并及时与发药人员电话联系，预约领药时间。
2. 患者持续领取药物：(1) 患者领药时需持医学条件随访表原件及索坦项目专用处方的第一及第二联，交由药师留存；(2) 若处方有改动或有其它疑问请您与项目办公室联系；若处方无改动药师可直接发放给患者。
3. 当患者领取捐赠药物时，发药人员应核对该患者的身份信息。
4. 原则上要求患者本人来领取捐赠药物。若患者本人确已失去行动能力，可由其直系亲属代领。发药人员应核对代领人的身份信息，并留存相关证明资料。
5. 患者领取药物时，发药人员需要当着患者的面把捐赠药物的包装打开，并将药物放到另外一个专门配备的干净的药瓶里后交给患者，再把索坦的说明书交给患者并保存原包装。
6. 发药人员应同领药人共同完成“患者领取药物签字表”并收回。
7. 发药人员应及时登记“药物发放记录表”。
8. 发药人员在每周五上午 10 点前向项目办以电话的形式报告周报。
9. 发药人员应在每月末完成“定期库存总结表”并核对库存，确保帐物相符。
10. 每月 5 日前，应将上月药物发放的相关记录表汇总后邮寄给项目办公室。
11. 执行索坦项目办公室在发药管理环节中制定的替发人员授权制度和交接班制度并相应填写“授权发药人员备案表”和“指定药师与授权发药人员工作交接表”。

三、领取药物时要核对领药人的身份信息：

1. 患者本人领取药物时，发药人员应核对其身份信息，并在“患者领取药物签字表”上作相应记录：
 - a. 索坦患者援助项目“患者身份卡”
 - b. 患者本人的身份证原件
2. 患者直系亲属代领取药物时，发药人员应核对其身份信息，并在“患者领取药物签字表”上作相应记录（复印件作为“患者领取药物签字表”的附件，请装订在一起在每月5日前寄回）：
 - a. 索坦患者援助项目“患者身份卡”
 - b. 代领人身份证原件（留存复印件）
 - c. 患者及代领人户口本原件（留存复印件）
 - d. 患者签字授权代领药的委托书原件（留存复印件）

四、周报告要求

1. 发药人员在每周五上午10点前，向项目办公室以电话的形式报告一周的发药情况及发药过程中发现的问题。
2. 发药情况发药过程中发现的问题要做好相应记录，并在月报中以书面的形式寄至项目办。

五、月报告要求

发药人员应于每月5日前将以下的表格用快递的方式邮寄到项目办公室：

1. 定期库存总结表
2. 药物发放记录表
3. 患者领取药物签字表（非患者本人领药的，须附相关复印件）
4. 收到捐赠药物说明（请在收到药物后立即填写并先传真回项目办公室）
5. 患者出组通知和药物归还记录（如果有药物回收的话）
6. 项目专用处方“项目办公室联”原件（需有指定医生签字、盖专用章）
7. “医学条件随访表”原件（需有指定医生签字、盖项目专用章）

六、患者转诊处理方法

1. 药房在接到项目办公室关于转诊患者转出药房的通知和审批文件后，立即停止向该转出患者发药并将审批文件留存备案；
2. 药房在接到项目办公室关于转诊患者转入药房的通知和审批文件后留存备案。患者来药房领药时，请发药人员验明新《患者身份卡》并回收旧《患者身份卡》。其他领药程序按随访领药规定执行。

七、出组患者处理方法

1. 发药人员在接到项目办公室传真的“患者出组通知和药物归还记录表”后，立即停止向该出组患者发放捐赠药物；
2. 若有出组患者归还剩余药物时，请药师回收保管，并填写在“患者出组通知和药物归还记录表”相应表格后传真至项目办公室。

八、季度盘点（附件1）

授权发药人员备案表

1. 指定发药点信息:			
发药点所在 城市、名称			
2. 指定药师信息:			
指定药师姓名		指定药师职务/ 职称	
是否同意授权	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是否为授权发药 人员进行培训	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
指定药师签名盖章 (与培训备案表公章同)	签名: _____ 盖章: _____ 年 月 日		
3. 被授权发药人员信息:			
被授权药师姓名		被授权发药人员 职务/职称	
固定电话		手机号码	
传真号码		邮箱地址	
被授权发药人员签名	签名: _____ 盖章: _____ 年 月 日		

填表说明:

1. 本表格仅供中国癌症基金会索坦患者援助项目指定发药点和指定药师使用。
2. 本表填写后原件由项目办公室备案，复印件由指定药房保存。
3. 授权药师不得随意更改，如有变动需报项目办公室备案。
4. 授权发药人员主要负责协助指定药师完成各项工作，但项目月报告需由指定药师填写上报项目办。

指定药师与授权发药人员 工作交接表

1. 指定发药点信息:			
发药点所在 城市、名称			
2. 交接人员信息:			
交接人员姓名		交接时间	
当班内发药数量		交接前库存	
备注			
3. 被交接人员信息:			
被交接人员姓名		交接时间	
交接前库存			
备注			
4. 双方确认签字:			
交接人员签字:	被交接人员签字:		

填表说明:

2. 本表格仅供中国癌症基金会索坦患者援助项目指定发药点和指定药师和授权发药人员使用。
2. 本表填写后原件在月报中上报，由项目办公室备案，复印件由指定药师保存。
3. 授权药师不得随意更改，如有变动需报项目办公室备案。
4. 授权发药人员主要负责协助指定药师完成各项工作，但项目月报告需由指定药师填写上报项目办。

协议签定事项:

1. 本协议及附件一式 2 份, 请务必尽快加盖甲方公章(红章)回寄上海。法人授权委托书也需加盖单位公章, 并注明委托期限及委托代理收款人的帐户信息。国药控股国大药房有限公司将回寄一份合同给各合作单位备案。
2. 快递回寄至: 上海市共和新 3615 号海博大楼 6 楼上海国大药房连锁有限公司 仲丽华(收) 邮编: 200443 联系电话: 021-36390721 13916755439 (由于该联系方式涉及日常工作为便于联系请保留本联系方式)
3. 该协议涉及支付 2012 年各合作药房的配送费发放事宜请各合作门店尽快回寄。
4. 空药品提供原则按每个病人两个药品替换, 请发药人员与患者提前告知妥善保管。
5. 空瓶每月回寄请附标明数量的清单。(数量、箱数) 如箱数较多附清单的箱子请标注特别标志。

法人委托书

_____:

兹委托我公司 _____ 同志（身份证号：
_____），负责索坦药品发放工作事宜。

请贵公司将相关保管、配送等费用汇至以下银行账户：

开户名称：

账号：

开户银行：

委托期限 2012 年 1 月 1 日 至 2012 年 12 月 31 日

委托单位（盖章）：

法人代表（签章）：

签发日期：2012 年 1 月 1 日