

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、本合同起自贰零壹三年壹月壹日，终于贰零壹三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”）。附件以基金会每年定期培训内容确定为确定版本。

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。**回收的索坦空瓶外包装及内包装上需注明患者名字及领药时间**。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：

法人委托书

国药控股国大药房有限公司：

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 2013 年 1 月 1 日 至 2013 年 12 月 31 日

委托单位（盖章）：

法人代表（签章）：

签发日期：2013 年 1 月 1 日

协议签定事项:

2. 本协议一式 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。
3. 快递回寄至: 上海市福州路 221 号 3 楼国药控股国大药房上海连锁有限公司 仲丽华(收) 邮编: 200020
联系电话: 021-36390721 传真: 021-36390750
手机: 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)
日常邮箱联系方式: 2480694607@qq.com
4. 该协议涉及支付 2013 年各合作药房的配送费发放事宜请各合作门店尽快回寄。
5. 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。
6. 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。

协议回寄地址:

联系电话:

传真:

电子邮箱地址: