

臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院年度藥品招標  
報價檢附資料清單

附件三

☐『現用品』資材碼：\_\_\_\_\_

☐『競價品』資材碼：\_\_\_\_\_

| 項次 | 廠商確認                                                             | 文件資料                                                                                                                                                                               | 院方審核確認                                                              |
|----|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/>                                         | 通過「西藥藥品優良製造規範(運銷)(GDP)」證明文件。                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 通過<br><input type="checkbox"/> 不通過，原因_____ |
| 2  | <input type="checkbox"/>                                         | 衛福部藥品許可證正反面影本壹份。                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 通過<br><input type="checkbox"/> 不通過，原因_____ |
| 3  | <input type="checkbox"/>                                         | 產品最新批號之產品分析報告(COA)。                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 通過<br><input type="checkbox"/> 不通過，原因_____ |
| 4  | <input type="checkbox"/>                                         | DMF證明文件或衛福部DMF核備函，並請清楚標示原料產地。                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 通過<br><input type="checkbox"/> 不通過，原因_____ |
| 5  | <input type="checkbox"/>                                         | 中(英)文仿單。(僅競價品提供)                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 通過<br><input type="checkbox"/> 不通過，原因_____ |
| 6  | <input type="checkbox"/>                                         | 化療藥品請附臨床試驗報告(非化療藥品者不需提供)。(僅競價品提供)                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 通過<br><input type="checkbox"/> 不通過，原因_____ |
| 7  | <input type="checkbox"/> 有醫院使用<br><input type="checkbox"/> 無醫院使用 | 使用證明(僅競價品提供):<br>(1)醫學中心一家或區域教學醫院二家，於單一院區，在2024年1至12月間，任意連續3個月所有交易發票影本。例：1~3月或2~4月或3~5月(以下類推)。<br>(2)發票依時間序排列，發票日期及出貨數量等內容需可清楚辨視(金額除外)，否則視為無效發票，不合格者恕不通知補件。                        | <input type="checkbox"/> 通過<br><input type="checkbox"/> 不通過，原因_____ |
| 8  | <input type="checkbox"/>                                         | 樣本資料表(詳附件四，僅競價品提供):<br>(1)檢附有尺規之藥品4*6彩色圖片。<br>(2)除麻醉管制藥物及化療藥以外，外觀為膠囊(cap)或錠劑(tab)者需附樣品10顆(外觀、打錠、顏色等為重要審核項目，勿用過期品)。<br>(3)針劑或栓劑之最小包裝需有商品名、學名、劑量、批號、效期之標示，針劑若有不透明外包裝，請提供外包裝撕除後之外觀圖片。 | <input type="checkbox"/> 通過<br><input type="checkbox"/> 不通過，原因_____ |

(請依序裝入上述資料。資料如有偽造不實者，一經查獲將喪失競標資格)