承 诺 书

永平县医疗保险中心：

我单位决定参加大理州2023年医疗保险慢性病特殊病定点零售试点药店比选工作,我单位就参加比选工作做如下

承诺：

一、遵守比选的各项条款及一切规定。

二、向医保经办机构提供的所有与本项目有关的数据、情况和技术资料真实有效。

三、如我单位比选成功,在店内销售云南省基本医疗保险门诊慢性病、特殊病用药范围内药品,药品价格实际购销差率顺加不超过 确定销售价格。

四、如我单位比选成功,参加国家和省组织药品集中带量采购工作。

如我单位违反上述承诺,将自动放弃成为大理州慢性病特殊病定点药店,同意医保部门取消大理州慢性病特殊病定点药店资格。

申请门店名称：

承诺单位:(所属企业盖章)

法定代表人：（签字）

年 月 日