附件4

攀枝花市定点医药机构解除协议备案登记表

机构名称： 机构编码：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 医保联系人 |  | 联系电话 |  |
| 解除协议原因 |  | | |
| 县（区）医保事务中心意见 | 经办人： 年 月 日 | | |
| 市医保事务中心意见 | 经办人： 年 月 日 | | |

|  |
| --- |
| **说明：此表一式三份，市医保事务中心、信息中心、县（区）医保事务中心各执一份** |