附件3：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 攀枝花市定点零售药店新增备案表 | | | |
| 申报单位：（盖章） 定点药店编码： | | | |
| 药店名称 |  | | |
| 药品经营企业许可证号 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 详细地址 |  | | |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 医保联系人 |  | 联系电话 |  |
| 医保结算账户名 |  | | |
| 开户行全称 |  | | |
| 银行账号 |  | | |
| 驻店执业药师 | 姓名 |  | |
| 身份证号码 |  | |
| 电话 |  | |
| 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：1.此表一式三份，县（区）医保事务中心、市医保事务中心、信息中心各一份；附服务协议原件； | | | |
| 2.市人力资源社会保障信息中心备案，签订信息系统网络协议。 | | | |