

附件 2

定点零售药店申请表

(参 考 样 表)

申 请 单 位: _____

申 请 时 间: 年 月 日

填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、劳动合同有效时限填写劳动合同签订日期及合同期限。

定点零售药店申请表

药店名称								
统一社会信用代码				药品经营许可证号				
所有制形式				药店性质		直营 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		
企业负责人				联系电话				
		身份证号						
实际控制人				联系电话				
		身份证号						
法定代表人				是否独立法人		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
		身份证号						
医保管理工作负责人				联系电话				
医保管理工作专职人数				医保管理工作兼职人数				
药店地址								
营业面积		平方米		基本账户开户银行及账号				
药师配置情况	姓名	性别	年龄	技术资格	发证日期	证书编号	注册地	劳动合同有效时限
医保管理人员	姓名	身份证号		专(兼)职	劳动合同有效时限			

药店许可 经营范围			
上级公司名称		上级公司 地址	
申 请 承 诺	<p> 本单位自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。 </p> <p> 本单位已认真阅读国家医保局令第3号申请定点相关要求，无第十一条不予受理情形；已认真阅读xxx医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。 </p> <p style="text-align: center;"> 法定代表人（负责人）签字： （单位公章） </p> <p style="text-align: center;"> 年 月 日 </p>		
联系人		联系电话	

风险提示：申请定点的零售药店有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。