## 宿州市基本医疗保险

## 定点零售药店分类管理申请书

申请单位（盖章）

申 请 日 期

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点零售药店名称 | | |  | | | | | |
| 国家医保编码 | | |  | | 法人代表 | |  | |
| 药店负责人 | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 经营地址 | | |  | | | | | |
| 营业执照号或医药机构执业许可证号 | | |  | | 发证部门及  有效期 | |  | |
| 药品经营许可证号 | | |  | | 发证部门及  有效期 | |  | |
| 企业性质（连锁药店备注直营或加盟） | | |  | | 营业面积 | |  | |
| 现定点类型 | | |  | | 现定点类型  开始时间 | |  | |
| 申请调整定点类型 | | |  | | 经营药品数量 | |  | |
| 具备电子处方流转  信息系统 | | | □是 □否 | | 具备进销存信息系统 | | □是 □否 | |
| 具备智能场景  监控系统 | | | □是 □否 | |  | |  | |
| 人员基本情况 | 姓名 | 是否为执业药师/药师 | | 职称（或职务） | | 工作时间 | | 专职或兼职 |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
| 本单位承诺所提供的申报材料及信息真实有效。  法定代表人签字 （申请单位印章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 县区医保经办机构审核意见 | 负责人签字 （印 章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 市医保经办机构复核意见 | 负责人签字 （印 章）  年 月 日 | | | | | | | |