表3

海城市基本医疗保险定点零售药店申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | |
| 注册资金 |  | |
| 法人代表 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 药店地址 |  | |
| 申请资格 | 营业执照号 |  |
| 药品经营许可证号 |  |
| 药品经营质量管理规范认证证书号 |  |
| 人员结构 | 驻点药师（ ）名 | 姓名： 职称： |
| 姓名： 职称： |
| 营业人员（ ）名 | 其他人员（ ）名 |
| 其他 | 是否制定日常管理制度 | 是否 |
| 是否具备微机联网条件 | 是否 |
| 申请内容 | 法人代表签字 年 月 日（公章） | |
| 市医疗保险服务中心意见 | 年 月 日（公章） | |

说明：

1.该表一律使用电子文档形式填写，要求内容真实，使用A4纸打印一式两份。

2.“申请内容”一栏由医疗机构填写申请定点零售药店资格的意向。