附件2

**鞍山市基本医疗保险定点零售药店申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
| 注册资金 |  | 营业面积 |  |
| 法人代表 |  | 联 系 人 |  |
| 联系电话 | 座机： 手机： |
| 药店地址 |  |
| 申请资格 | 营业执照号 |  |
| 药品经营许可证号 |  |
| 人员结构 | 驻店药师（ ）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 （ ）台电脑 否 |
| 申请内容 | （申请单位印章）法人代表签字： 年 月 日 |
| 医疗保障事务服务中心意见 | （ 印 章 ）年 月 日 |

一、该表一律使用电子文档形式填写，要求内容真实，用A4纸打印。

二、“申请内容”一栏由零售药店填写申报定点资格的意向。