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。