附件4

零售药店申报基本医疗保险定点协议管理申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | 药店成立时间 | |  | |
| 营业执照统一社会信用代码 | |  | | | 药品经营许可证号 | |  | |
| 药品经营许可证发证时间 | |  | | | 药品经营许可证到期时间 | |  | |
| 法定代表人 | |  | | | 法人代表身份证号 | |  | |
| 法人联系方式 | |  | | | 邮政编码 | |  | |
| 执业许可行政部门 | |  | | | 经济类型 | |  | |
| 营业地址行政区划 | |  | | | 是否设立医保/非医保专区，并有明确标示 | |  | |
| 药店负责人 | |  | | | 联系方式 | | 电话 |  |
| 手机 |  |
| 药店地址 | | \_\_\_\_省\_\_\_\_市\_\_\_\_区 | | | | | | |
| 药店用房建筑面积 | |  | | | 套内实际使用面积 | |  | |
| 是否经营中药饮片 | |  | | | 医保目录内药品计划经营品种数量 | |  | |
| 单位用房性质 | |  | | |
| 是否建立药品进销存信息系统 | |  | | | 近1年是否按时足额缴纳社保费 | |  | |
| 近1年内有无行政处罚记录 | |  | | | 近1年内有无药品质量方面违法行为 | |  | |
| 执业药师 人 | | 从业药师 人 | | | 其他药师 人； | | 药师总数 人 | |
| 执业中药师 人 | | 从业中药师 人 | | |
| 24小时服务方式 | | 夜间小窗口 | | | | | | |
| 24小时服务电话： | | | | | | |
| 工作人员参加社会保险情况 | | 总人数 |  | 参保人数 | |  | | |
|
| 参保情况说明 | |  | | | | | | |
|
| 已设主要管理制度、工作台帐名称 | |  | | | | | | |
|
|
|
| 申请日期及时间 年 月 日 时: 分 | | | | | | | | |
| 单位承诺 | 本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。  法人签字： 单位公章： | | | | | | | |