附件1

宝鸡市基本医疗保险定点零售药店

协议管理申请表

申请单位 （盖章）

申请时间 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | 法定代表人 （负责人） |  |
| 联系人 | |  | | 固定电话 | |  | | 移动电话 |  |
| 单位地址 | |  | | | | 邮政编码 | |  | |
| 营业执照号 | |  | | | | 发证部门及有效期 | |  | |
| 药品经营  许可证号 | |  | | | | 发证部门及有效期 | |  | |
| 营业房产证号 | |  | | | | 发证部门及有效期 | |  | |
| 所有制形式 | |  | | | | 所属街道（乡镇） | |  | |
| 营业面积 | |  | | | | （连锁药店填写） 直营或加盟 | |  | |
| 药品品种数量 | |  | | | | 医保药品品种数量及备药比例（%） | |  |  |
| 单位开户银行及账号 | |  | | | | | | | |
| 人 员 构 成 | | 高级职称 |  | | 中级职称 | |  | 初级职称 |  |
| 执业药师 |  | | 执业中药师 | |  | 从业药师 |  |
| 营业人员 |  | | 其他人员 | |  | 总计人数 |  |
| 申  请  内  容 | 本单位承诺所提供的申报材料及信息真实有效。 | | | | | | | | |
| 法定代表人签章 年 月 日 | | | | | | | | |
| 备 　 注 |  | | | | | | | | |