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 | 　 |