附件1

邵阳市医疗保障特殊门诊药店申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 协议零售药店名称 | | | |  | | | | 经营方式 | | | |  | |
| 地址 | | | |  | | | | 邮编 | | | |  | |
| 营业时间 | | | |  | | | | 营业面积 | | | |  | |
| 类型 | | | |  | | 法定代表人 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 经营范围 | | | |  | | | | | | | | | |
| 医保负责人 | | | |  | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 申请事项办理人 | | | |  | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 营业执照注册号 | | | | | | | | |  | | | | |
| 药品经营许可证号 | | | | | | | | |  | | | | |
| 刷卡商户号及终端号 | | | | | | | | |  | | | | |
| 连锁药店总部医药公司信息 | 名称 | | | | | | | |  | | | | |
| 地址 | | | | | | | |  | | | | |
| 营业执照注册号 | | | | | | | |  | | | | |
| 药品经营许可证号 | | | | | | | |  | | | | |
| 药品经营质量管理规范认证证书编号及取得时间 | | | | | | | |  | | | | |
| 法定代表人姓名、电话 | | | | | | | |  | | | | |
| 经营药品种类 | | | | | | | | | | | | | |
| 西药 | | | 医保 西药 | | 中成药 | | 医保 中成药 | | | 中药饮片 | | | 医保 中药饮片 |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 工作人员数量 | | | | | | | | | | | | | |
| 总数 | | | 执业药师 | | 从业药师或其他药师 | | 药士 | | | 营业员 | | | 其他 工作人员 |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 工作人员名单 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | | 岗位 | | 执业药师资格证编号 | | | | | 本人签名 | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | |
| 申  请  单  位  意  见 | | 自愿申请邵阳市基本医疗保险协议零售药店特门服务，并对以下事项作出承诺：  1.承诺所提供的资料真实完整。  2.承诺本协议零售药店自提出申请之日起前一年内（不足一年的自开办之日起计算）没有被市场监管部门行政处罚的记录，且未发生过重大药品质量事故。如提供的材料与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。  3.承诺建立规范财务制度并完善药品及医疗服务管理制度，并安装了规范的协议零售药店管理系统。  4.承诺严格按医疗保险政策和协议要求规范提供医疗保险服务，如有违规行为，将承担相应责任。  （单位印章）  （法人代表章）  经办人签字：  申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

备注：经营医疗保险药品种数按照国家药品目录中的药品种类为准，西药种类按通用名计算、中成药种类按目录中的类别计算。