|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2淄博市医疗保障定点零售药店申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
| 药店地址 |  |
| 药店类别 | 连锁门店□    单体□ | 营业场所面积 | ㎡ |
| 法定代表人 |  | 法定代表人身份证号 |  |
| 医保负责人 |  | 医保负责人联系电话 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 成立日期 |  |
| 药品经营许可证号 |  | 发证日期 |  |
| 单位社会保险登记证编码 |  |
| 本单位申请成为基本医疗保险定点零售药店，并对以下事项作出承诺：1.所提供的资料真实完整。2.签订服务协议前按要求完善医疗保险信息系统。  申请单位（盖章）： 法定代表人签字： 申 请 时 间： 年 月 日  |  |

 |