|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件6 |  |  |  |
| 淄博市医疗保障定点医药机构信息变更申请表 |
| 申请单位 |  | 医保编码 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 变更情况 | 变更项目 | 变更前信息 | 变更后信息 |
| □法定代表人、主要负责人或实际控制人 |  |  |
| □医药机构名称 |  |  |
| □注册地址 |  |  |
| □诊疗科目/药品经营范围 |  |  |
| □机构规模/机构性质/等级/类别 |  |  |
| □银行开户信息 |  |  |
| □其他 |  |  |
|  |  法人代表签字/签章：  （单位盖章）  年 月 日  |
| 经办机构意见 | 经办机构（盖章） 年 月 日  |
| 区县分局复核意见 | 区县分局（盖章） 年 月 日  |
| 说明：1.零售药店提供《营业执照》（副本）《药品经营许可证》（副本）原件和复印件，复印件需盖章；医疗机构按实际情况提供《营业执照》（副本）、《民办非企业单位登记证》《事业单位法人证书》原件和复印件，《医疗机构执业许可证》（副本）、《中医诊所备案证》原件和复印件，复印件需盖章； 2.变更法定代表人、企业负责人或实际控制人时，需提供法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证复印件； 3.如《药品经营许可证》（副本）中无变更记录信息，需提供变更前《药品经营许可证》（副本）复印件，变更前后药品经营许可证号应一致，复印件需盖章。如《医疗机构执业许可证》（副本）中无变更记录信息，需提供变更前《医疗机构执业许可证》（副本）复印件，变更前后医疗机构执业许可证号应一致，复印件需盖章。 |