|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 |  |  | | |  |
| 淄博市医疗保障定点医疗机构申请表 | | | | | |
| 单位名称 |  | | 地址 |  | |
| 成立时间 | 年 月 日 | | | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 | | |  |
| 法人身份证号码 |  | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | | |  |
| 单位类别 | □综合 □中医 □中西医结合 □口腔 □民族医 □其它 | | | | |
| 单位级别 | □诊所 □社区 □一级 □二级 □三级 □其它 | | | | |
| 经营方式 | □统筹定点 □个人账户定点 | | | | |
| 《营业执照》  统一社会信用代码 |  | | | | |
| 《医疗机构执业许可证》许可证编号 |  | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 本单位申请成为基本医疗保险定点医疗机构，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 | | | | | |