

表 16：广东省定点零售药店申请表

机构名称		所在区	
注册地址		仓库地址	
经营许可证号码		统一社会信用代码或 营业执照注册号	
发证日期		许可证有效期限	
经营方式		经营范围	
法定代表人 (身份证号)		联系电话	
主要负责人 (身份证号)		联系电话	
实际控制人 (身份证号)		联系电话	
机构开户银行		机构开户名称	
机构开户账号		法定代表人 (企业负责人)	
联系电话		身份证号	
申请业务类型	☐ 刷社会保障卡或医保凭证 ☐ 其他 _____		
是否配有专(兼) 职医保管理人员		是否具备与医保政策 对应的内部管理制度 和财务制度	
是否建立药品进 销存信息系统		是否设立医保/非医 保专区，并有明确标 识	
是否具有符合医 保协议管理要求 的信息系统		是否经营中药饮片	
执业药师	人	执业中药师	人

其他药学技术人员	人	药师总人数	人
业务联系人		联系电话	
申请理由	本机构自愿承担基本医疗保险服务,申请成为医疗保险定点机构,并承诺不存在《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形,且所提交资料全部真实有效,如有虚假成分,愿意承担一切相应的法律责任;如因本机构原因,零售药店地址等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更,自愿放弃当次申请。 法定代表人签名: 主要负责人签名: 实际控制人签名: (单位盖章) 申请日期: 年 月 日		