附件3

**贵州省省本级基本医疗保险定点医疗机构**

**申办补正通知书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构  名称 |  | | | | |
| 申请人姓名 |  | 联系电话 |  | 申办时间 |  |
| 根据《贵州省本级基本医疗保险定点医疗机构协议管理经办规程》规定，经审查，不符合受理要求，需补正以下材料： | | | | | |
| 1、《医疗机构执业许可证》副本复印件 | | | | | □ |
| 2、《营业执照》复印件 | | | | | □ |
| 3、法人代表确认文件、身份证复印件 | | | | | □ |
| 4、营业服务场所产权或使用权证明材料（复印件）及场地平面图（标准面积、功能分区等）复印件； | | | | | □ |
| 5、实际在职在岗职工花名册 | | | | | □ |
| 6、近三个月经营状况统计及会计报表 | | | | | □ |
| 1. 其他： | | | | | □ |
| 以上材料请于10个工作日内补正，逾期不补正的视为撤回申请。 | | | | | |
| 受理单位 |  | | | | |
| 受理人 |  | 电话 |  | 受理时间 |  |