附件5

**贵州省省本级基本医疗保险定点医疗机构**

**变更登记表**

医疗机构名称：（加盖公章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 机构编号 |  |
| 申请人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 变更内容 | 变更前 | 变更后 | 变更时间 |
| □机构名称 |  |  |  |
| □法人代表 |  |  |  |
| □机构级别 |  |  |  |
| □执业范围 |  |  |  |
| □注册床位数 |  |  |  |
| □银行开户名及账号 |  |  |  |
| □其他 |  |  |  |

所需资料：

1. 变更名称及法人代表的，提供《医疗机构执业许可证》复印件

（查验原件），其中营利性医疗机构需提供《营业执照》复印件

（查验原件），法人代表确认文件、身份证复印件（查验原件）；

2、变更其他基本信息的，提供对应的资料；

3、本表及提供的复印件均需加盖机构公章。