附件1

**贵州省省本级基本医疗保险定点零售药店**

**申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | | |
| 药店地址 |  | | | |
| 法定代表人 |  | 身份证号码 |  | |
| 营业执照统一社会信用代码 |  | | 发证日期 |  |
| 药品经营  许可证号 |  | | 发证日期 |  |
| 经营认证范围 |  | | | |
| 是否连锁企业 | □是 □否 | | 营业面积 |  |
| 拨款户名 |  | | | |
| 开户银行名称 |  | | 开户银行行号 |  |
| 开户银行账号 |  | | 开户银行总行号 |  |
| 申请人姓名 |  | | 联系电话 |  |
| 执业药师姓名 |  | | 执业药师  证书编号 |  |
| 人员构成 | 类别 | 总人数 | 专职 | 兼职 |
| 药师 |  |  |  |
| 营业员 |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |
| 药店简介：（可另附页申报） | | | | |
| **法定代表人承诺：所提供的申办资料全部真实有效，如有虚假，视为无效申请，并承担由此造成的后果！**  签字： 公章  日期： | | | | |