附件5

贵州省医疗保障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 |  |  |  |
| □法定人代表/主要负责人/实际控制人 |  |  |  |
| □注册地址 |  |  |  |
| □银行开户名及账号 |  |  |  |
| □诊疗科目 |  |  |  |
| □机构级别/类别 |  |  |  |
| □注册床位数 |  |  |  |
| □机构规模/性质 |  |  |  |
| □其他 |  |  |  |

在变更内容里选择需要变更的项目在对应的“□”里打“√”。

所需资料：1.变更名称、法定代表人、注册地址、诊疗科目等，提供《医疗机构执业许可证》复印件，其中营利性医疗机构需提供《营业执照》复印件，法人代表确认文件、身份证复印件；

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。