附件1

贵州省医疗保障定点零售药店申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 |  | 成立日期 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 企业负责人 | 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 实际控制人 | 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 药品经营许可证证号 |  | 发证机关 |  |
| 发证日期 |  | 有效期截止日期 |  |
| 经营方式 |  | 经济类型 |  |
| 经营范围 |  |
| 注册地址 |  |
| 仓库地址 |  |
| 营业地址行政区划 |  | 经营药品品种数量 |  |
| 药店负责人姓名 |  | 医保目录内药品数量 |  |
| 药店负责人手机号 |  |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 |  |
| 是否具备与医疗保障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，并有明确标示 |  |
| 是否经营中药饮片 |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 |  |
| 执业药师 |  人 | 执业中药师 |  人 |
| 从业药师 |  人 | 从业中药师 |  人 |
| 其他药师 |  人 | 药师总人数 |  人 |
| 已设主要管理制度、工作台账名称 |  |
| 单位承诺 | 本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。法定代表人签字： 单位公章：年 月 日 |