附件3

贵州省医疗保障定点零售药店申办补正通知书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | | | |
| 申请人 |  | 联系电话 |  | 申请时间 |  |
| 根据《贵州省医疗保障定点零售药店协议管理经办规程》规定，经审核，不符合受理要求，需补正以下材料： | | | | | |
| 1、《药品经营许可证》复印件 | | | | | □ |
| 2、《营业执照》复印件 | | | | | □ |
| 3、法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件 | | | | | □ |
| 4、执业药师资格证书、执业药师注册证或药学技术人员有关证书及其劳动合同复印件 | | | | | □ |
| 5、医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件 | | | | | □ |
| 6、医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本 | | | | | □ |
| 7、医保有关的信息系统相关材料 | | | | | □ |
| 8、医疗保障基金的预测性分析报告 | | | | | □ |
| 7、其他： | | | | | □ |
| 以上材料请于5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 |  | 联系电话 |  | 受理时间 |  |