附件5

贵州省医疗保障定点零售药店变更登记表

零售药店名称：（加盖公章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **药店名称** |  | **药店编号** |  |
| **申请人姓名** |  | **联系电话** |  |
| **变更内容** | **变更前** | **变更后** | **变更时间** |
| □名称 |  |  |  |
| □法人代表/企业负责人/实际控制人 |  |  |  |
| □地址 |  |  |  |
| □经营范围 |  |  |  |
| □银行开户名及账号 |  |  |  |
| □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、注册地址等信息，提供《药品经营许可证》、《营业执照》复印件，法定代表人身份证复印件；

2.变更其他基本信息的，提供对应的资料；

3.提供的复印件均需加盖机构公章。