附件2

**濮阳市基本医疗保险定点医疗机构协议管理申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | | | 医院等级 | | |  |
| 法人代表 | |  | | | 身份证号 | |  | | | | |
| 经营性质 | | 公立□ 民营□  营利□ 非营利□ | | | | | 申请  服务类型 | | 门诊□ 住院□  门特□ | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 执业许可证号 | | | |  | | | | | | | |
| 开户银行及帐号 | | | |  | | | | | | | |
| 人员  构成 | 执业医师 | | | 共 人，其中：高级职称 中级职称 初级职称 | | | | | | | |
| 注册护士 | | | 共 人，其中：高级职称 中级职称 初级职称 | | | | | | | |
| 其他人员 | | | 共 人 | | **合 计** | | | |  | |
| 科室情况 | | | 临床科室： 个；医技科室： 个 | | | | | | | | |
| 床位情况 | | | 核定床位： 张； 开放床位： 张 | | | | | | | | |
| 申请  内容 | (公章)  法人代表签字 年 月 日 | | | | | | | | | | |

单位申报人： 经办机构受理人：