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：