附件3

**濮阳市基本医疗保险定点零售药店协议管理申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | 营业执照 |  |
| 法人代表  |  | 身份证号 |  |
| 经营性质 | 国有□ 连锁直营□ 加盟□/非连锁自营 直营□个体□ 其他□ |
| 单位地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 药品经营许可证号 |  |
| 开户银行及帐号 |  |
| 连锁公司名称 |  |
| 人员构成 | 药学技术人员数 | 共 人，其中:执业药师 人。高级职称 中级职称 初级职称  |
| 其他人员数 |  |
| 合 计 |  |
| 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：