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：