附件1

舞阳县基本医疗保险重特大疾病

医疗保障门诊特定药品定点

零售药店申请表

申请单位：

申请时间：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 |  | | 法定代表人（责任人） |  |
| 药品经营许可证号 |  | | 药店 GSP 认证证书号 |  |
| 营业执照号 |  | | 定点药店编号 |  |
| 药店（单位）参保编号 |  | | 药店参保人数 |  |
| 营业面积（以房产证为准） |  | | 房屋租赁合同有效期 |  |
| DTP 药店地址 |  | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | |
| 执业药师人员情况 | | | | |
| 姓名 | 职称资格 | 职称资格号码 | 身份证号码 | 是否在职 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 取得代理权的特供业务药品情况 | | | | |
| 序号名 | 药品通用名（通用名） | 剂型 | 生产企业 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申  请  单  位  意  见 | 本单位自查符合舞阳县重特大疾病门诊特定药品定点零售药店申请条件，自愿承担医保特供业务服务。承诺无药品经销、医保管理重大违规或失信行为，所提供的所有材料真实、完善、有效。如承诺内容和材料与事实不符，愿接受医保经办机构解除服务协议、追缴相关医疗保险费用等处理，并承担由此造成的一切后果。  特此承诺！  定点零售药店名称（盖章）：  申请单位名称（盖章）：  申请单位法定代表人签字（盖章）：  年 月 日 |