附件4

文山州医疗保险

协议零售药店签约申请书

申请单位

申请时间

填 写 说 明

一、该表填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏由零售药店填写申请开展医疗保险服务项目（含：职工普通门诊、异地刷卡）。

三、最后一栏由医药机构协议管理工作领导小组负责填写。

四、零售药店提交本申请书时，要附加以下材料：

（一）《文山州医疗保险零售药店签约申请书》。

（二）药品经营企业许可证和营业执照正副本复印件和副本原件（复核后退回）。

（三）机构人员情况花名册、缴纳社会保险相关资料、药学技术人员的相关证件（资格证、执业证）的原件（复核后退回）及复印件。

（四）《药品经营质量管理规范》（GSP）认证证书复印件。

（五）按照《文山州医疗保险协议零售药店评定项目及量化评分标准表》自评证明材料。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | 营业执照 | | |  | |
| 法人代表 | |  | | 身份证号 | | |  | | |
| 经营性质 | | 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 | | |  | | | | | | |
| 单位开户银行及帐号 | | |  | | | | | | |
| 连锁公司或母公司名称 | | |  | | | | | | |
| 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 | (申请单位印章)  法人代表签字 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医药机构协议管理工作领导小组意见 | (印章)  年 月 日 | | | | | | | | |