大冶市基本医疗保险特殊药品定点零售药店

申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定点零售药店名称 |  | | |
| 药店地址 |  | | |
| 药店（或企业）法定代表人 |  | 所属药品零售（批发）企业名称 |  |
| 医保定点准入时间 |  | 药店医保负责人 |  |
| 注册资本（万元） |  | 基药及医保目录内药品备药率 |  |
| 联系电话 |  | 营业面积 |  |
| 药师人数 |  | 执业药师人数 |  |
| 特药专供责任药师人数 |  | 冷藏(链)设备 |  |
| 本店申请作为大冶市基本医疗保险特药管理的定点药店，严格按照有关规定，做好特药管理服务工作。 | | | |
| 负责人签名（盖章）： | | | |
| 年     月     日 | | | |
| 受理意见： | | | |
| 盖章： | | | |
| 年     月     日 | | | |