附件1

如东县“医保便民药店"申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定点零售药店名称 |  | 药店级别 |  |
| 国家编码 |  | | |
| 社会统一信用代码 |  | | |
| 法定代表人 |  | 企业负责人 |  |
| 经营地址 |  | | |
| 归属地 |  | 所属街道 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 所属零售连锁企业名称 |  | | |
| 法定代表人 |  | 企业负责人 |  |
| 本单位申请成为如东县“医保便民药店” ，承诺所提供的申报材料及信息真实有效，今后将严格按照有关要求，做好集采药品、  国家谈判药品的销售管理服务工作。  定点零售药店盖章： 零售连锁企业盖章：  年 月 日 年 月 日 | | | |
| 审核意见 | 经办人员： 年 月 日  科室负责人： 年 月 日 | | |