附件3

玉 溪 市 医 疗 保 险

定点零售药店申请表

申请单位：

申请时间：

玉溪市医疗保险中心制

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | |
| 上级主管部门 | |  | | | | | |
| 营业执照号 | |  | | 法定代表人 | | |  |
| 所有制形式 | |  | | 邮政编码 | | |  |
| 单位地址 | |  | | | | | |
| 联系人 | |  | | | 联系电话 |  | |
| 药品经营许可证号 | | |  | | | | |
| 单位开户银行及账号 | | |  | | | | |
| 人  员  构  成 | 药学技术人员数 | | 其中：  执业药师 药师 药士 | | | | |
| 营业人员数 | |  | | | | |
| 其他人员数 | |  | | | | |
| 合 计 | |  | | | | |
| 评估小组评估意见 | (签字)  年 月 日 | | | | | | |