|  |
| --- |
| 河源市“双通道”定点零售药店申请表 |
| 🞎申报一类（经营慢性病用药） 🞎申报二类（经营国家谈判药品、慢性病用药） |
| 申请药店名称 | 　 |
| 药店地址 | 　 |
| 企业负责人姓名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 申请人姓名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 联系方式 | 　 | 联系地址 | 　 |
| 所属的连锁总部（或集团总部）名称 | 　 |
| 经营场所在岗服务执业药师人员数量 | 人 | 签约成为我市基本医疗保险定点零售药店时间 | 　 |
| 单体药店、连锁药店所属连锁（或集团总部所属的连锁总部（或集团总部）取得目录内慢性病用药的数量 | 个 | 单体药店、连锁药店所属连锁（或集团总部所属的连锁总部（或集团总部）取得目录内国家谈判药品的数量 | 个　 |
| 本企业承诺上述填报资料信息属实，提交的资料合法、真实有效，如有违反，本单位将承担由此导致的一切后果。（以上基本资料由申请人/企业负责人签名确认）签名：  申请日期： （加盖公章） |

附件1：