附件

外配电子处方流转管理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）法人代表 |  | | |
| 医保定点准入时间 |  | 药店医保负责人 |  |
| 营业面积 |  | 联系电话 |  |
| 执业药师人数 |  | 医药相关专业人数 |  |
| 国谈药专供  责任药师数 |  | 冷藏设备 |  |
| 本店申请作为外配处方流转管理定点零售药店，严格按照有关规定，做好外配电子处方流转药品的管理服务工作，严格按照协议约定执行，若有违反将按照相关规定接受处罚。  负责人签名：  盖章：  年 月 日 | | | |
| 医保部门意见：  年 月 日 | | | |

注：请附上执业药师相关资质复印件