附件1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 谈判药品“双通道”定点零售药店申请表 | | | |
| 填表日期：       年    月    日 | | | |
| 零售药店名称  （公章） |  | 法定代表人  及联系电话 |  |
| 营业执照统一  社会信用代码 |  | 国家医疗保障  平台代码 |  |
| 是否连锁企业营业地址 |  | 用房产权性质  自有□    租赁□ |  |
| 医疗保障负责人  及联系电话 |  | 职工人数 |  |
| 银行账户名称 |  | 银行账户号码 |  |
| 开户银行 |  | 银行行号 |  |
| 医疗保险  缴费人数 |  | 营业面积 |  |
| 执业药师（西）：   人，姓名：  执业药师（中）：   人，姓名： | | | |
| 谈判药品种数 | 种 | 供应谈判药品种数 | 种 |
| 经营范围 | 西药+中成药   □  中药饮片      □  医疗器械：一类□  二类□ | | |
| 申请前（上年度）  营业额（万元） |  | | |