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） |  |