蚌埠市协议管理零售药店申请书

申请单位：

申请日期：

蚌埠市医疗保障管理中心统一印制

填 写 说 明

一、本表用钢笔或签字笔填写或打印，要求字迹工整清楚，内容客观真实。

二、“申请内容”栏由零售药店填写申请定点的意向。

三、申请者按照蚌医保〔2017〕11号文件的要求提交材料，材料复印件均需加盖单位公章，用A4纸打印或复印，按顺序装订。

1. 此表一式两份，社会保险经办机构和协议管理零售药店各留存一份。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称（盖章） |  | | | |
| 药店地址 |  | | | |
| 营业执照号 |  | | 机构代码 |  |
| 药品/医疗器械  经营许可证号 |  | | 税务登记证号 |  |
| 所有制形式 |  | | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 业务用房面积 |  | | 开业时间 |  |
| 人员构成 | 药学技术  人员数 | 其中：执业药师： 人  执业中药师： 人  中级以上药师： 人    初级职称：\_\_\_ 人 | | |
|
| 营业人员数 |  | | |
| 其他人员数 |  | | |
| 合 计 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申请内容（类别） | （申请单位印章）  法人代表签字： 年 月 日 |
| 受理人 | 签名： 年 月 日 |
| 社会保险经办机构审核意见 | （印章）  年 月 日 |

申请协议管理零售药店需提交的书面材料

请在已提供的材料前划“√”

□ 1.协议管理零售药店申请书;

□ 2. 本单位基本情况和服务能力简介；

□ 3.《药品经营许可证》、《营业执照》副本原件及复印件；

□ 4.《药品质量管理规范》（GSP）证书原件及复印件；

□ 5.财务、会计、药品、收费、软件系统等内部管理制度建立和执行情况材料；

□ 6.药品经营品种清单纸质版及电子版，及申请前12个月（开业未满12个月的，提供自营业之日起到申请前）的业务收支情况；

□ 7.职工花名册纸质版和电子版(劳动合同书原件及复印件、社会保险参保证明)、药师以上药学技术人员的职称证明材料（证书原件及复印件）；

□ 8.房产证明和房屋租赁合同原件及复印件；

□ 9.申报单位所处地理位置图。