附件1

**重庆市基本医疗保险**

**定点零售药店申请表**

申请单位­­­­：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 申请时间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 药品经营许可证号 |  |
| 所有制形式 |  | 药店性质 | 直营（） 加盟（） 单 体 （ ） 其 他（ ） |
| 企业负责人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |
| 实际控制人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |
| 法定代表人 |  | 是否独立法人 | 是（） 否（） |
| 医保主管领导 | 姓名 | 联系电话 |  |
| 医保职能部门 | 负责人 | 联系电话 |  |
| 专职人数 | 兼职人数 |  |
| 药店地址 |  |  |  |
| 经营时间 |  |
| 营业面积 | 平方米 | 仓储面积 | 平方米 |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 人员构成 | 药学技术人员数 | 人 |
| 营业人员 | 人 |
| 其他人员 | 人 |
| 合计 | 人 |
| 药师配置情况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 技术资格 | 发证日期 | 证书编号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 药店许可经营范围 |  |
| 经营品种情况 | 药品种数 | 医保用品种数（非药品） | 合计 |
|  |  |  |
| 24小时服务方式 | 夜间小窗口（）夜间营业（）自动售药机（）其他（）： |
| 是否24小时药师值班 | 是（）否（） |
| 是否经营中药饮片 | 是（）否（） | 近三年内有无药品质量方面的违法行为 | 有（）无（） |
| 工作人员参加社会保险的情况 | 总人数（人） | 应参保人数（人） | 实际参保人数（人） | 参保率 |
|  |  |  |  |
| 上级公司名称 |  | 上级公司地址 |  |
| 申报内容 | 　　　　　　　　　　　　　　法人代表（负责人）签字：　　　　　（单位公章）　　　　　年　　月　　日 |
| 申报当事人姓名 |  | 联系电话 |  |
| **（以上内容请零售药店如实填写）** |
| **备****注** |  |

冷链设施设备清单

|  |
| --- |
| **冷链设施设备清单** |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |