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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |