附 件

江西省XX统筹区门诊统筹定点零售药店申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 定点零售药店名称 |  |
| 单体药店连锁药店 | □□ |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 企业负责人 | 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 药品经营许可证证号 |  | 发证机关 |  |
| 发证日期 |  | 有效期截止日期 |  |
| 经营范围 |  |
| 经营地址 |  |
| 经营地址行政区划 |  | 经营药品品种数量 |  |
| 药店负责人姓名 |  | 医保目录内药品数量 |  |
| 药店负责人手机号 |  |
| 按照药品经营质量管理规范,设置独立的医保药品分区,并对所售药品设立明确的用药标识 | 是□ 否□ |
| 配有专 (兼) 职医保管理人员 | 是□ 否□ |
| 具备与纳入门诊统筹管理相对应的内部管理制度和财务制度 | 是□ 否□ |
| 完成医保结算、“进销存”等系统接口改造 | 是□ 否□ |
| 经营中药饮片 | 是□ 否□ |
| 提供药品配送服务并有完善的药品配送登记管理制度 | 是□ 否□ |
| 执业药师 | 人 | 执业中药师 | 人 |
| 从业药师 | 人 | 从业中药师 | 人 |
| 其他药师 | 人 | 药师总人数 | 人 |
| 单位承诺 | 本单位承诺：已了解《江西省医疗保障局办公室关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》等有关政策，自愿申请开通门诊统筹服务。所填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。法定代表人签字： 单位公章：年月 日 |