附件1

成都市医疗保险特殊管理药品

供应机构申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | |
| 药店地址 |  | | |
| 药店（或企业）法定代表人 |  | 所属药品经营企业名称 |  |
| 药店医保  负责人 |  | 联系电话 |  |
| 经营特药的独立营业用房面积 |  | 具备特药经营权品种数量 |  |
| 药学专业技术人员数量 |  | 执业药师数量 |  |
| 本单位自愿申请成为成都市医疗保险特殊管理药品供应机构，严格遵守成都市医疗保障有关管理规定，对所提交资料实质内容的真实性负责。如有提供虚假资料，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。  负责人：  年 月 日 | | | |