附件

启东市抗排异药品定点零售药店申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 定点药店名称（医保代码） |  |
| 药店地址 |  |
| 药店（或企业）法定代表人 |  | 医保诚信等级 |  |
| 医保定点准入时间 |  | 药店医保负责人 |  |
| 联系电话 |  | 营业面积 |  |
| 药师人数 |  | 执业药师人数 |  |
|  本店申请作为启东市医疗保险抗排异药品管理的定点药店，严格按照有关规定，做好抗排异药品管理服务工作。  负责人签字：  年 月 日  盖章：  年 月 日 |