附件1：

|  |
| --- |
| **中山市“双通道”定点零售药店申请表** |
| 申请药店名称 |  |
| 药店地址 |  |
| 意向合作的1家“双通道”医疗机构 |  |
| 单位负责人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 联系人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |
| 所属的连锁总部（或集团总部）名称 |  |
| 签约成为中山市社会医疗保险定点零售药店时间 |  |
| 经营场所在岗服务执业药师人员数量 | 人 |
| 所属连锁总部（或集团总部）取得目录内国家医保谈判药品经销权的数量 | 个 |
| **本单位承诺上述填报资料信息属实，提交的资料合法、真实有效，如有违反，本单位将承担由此导致的一切后果。****（以上基本资料由单位负责人签名确认）签名：** **申请日期：** **（加盖公章）**  |