附件2

六安市医保定点机构申请表

申请日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 机构全称 |  |
| 法人代表 | 姓名 | 身份证号 | 联系电话 |
|  |  |  |
| 机构登记注册起始时间 |  |
| 医疗机构执业/药品经营许可证编号 |  |
| 医疗类别 |  |
| 营业地址 |  |
| 开户行及账号 |  |
| 注册医护人员数 | 医师(高级职称)人数 | 医师(中级职称)人数 | 医师(初级职称)人数 | 护士人数 |
|  |  |  |  |
| 注册执业药师 | 姓名 | 身份证号 | 执业类别 |
|  |  |  |
| 营业期间是否受到过行政主管部门的奖惩 |  |
| 机构联系人 | 姓名 | 身份证号 | 联系电话 |
|  |  |  |
| 本单位承诺以上填报信息真实、合法、有效，如有不实，愿意承担一切责任、后果。 |
| 申请单位法人代表签字（盖章） |
|