|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **汕尾市社会保障PSAM卡信息登记表** | | | | | |
| 登记类别 | □申领 □回收 □损坏更换 □遗失 | | | | |
| 单位信息 | 单位名称 |  | | 组织机构代码 |  |
| 经办人 |  | | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | | | |
| 机构类别 | □定点医院、药店 □银行 □业务经办窗口 □其他 | | | | |
| PSAM卡数量 |  | PSAM卡编号（变更时需填写旧卡编号） | |  | |
| 备注 |  | | | | |
| **承诺**  **我单位申请使用汕尾市社会保障PSAM卡，严格遵守《汕尾市社会保障PSAM卡管理办法》，并承担相关的法律责任。** | | | | | |
| 用户确认（盖章）  年 月 日 | | | 汕尾市社会保障卡管理部门  年 月 日 | | |
| 说明：定点医院、药店申请需附与医疗保险机构签订的服务协议复印件。本表一式两份，申请单位和汕尾市社会保障卡管理部门各执一份，汕尾市社会保障卡管理部门联系电话：0660-3696698。 | | | | | |