附件2：

**汕尾市“两病”服务药店**

**申请表**

申请单位：（盖章）

 申请时间： 年 月 日

**汕尾市医疗保障局制**

|  |
| --- |
| **汕尾市“两病”服务药店申请表** |
| 申请药店名称 | 　 |
| 药店地址 | 　 |
| 企业负责人姓名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 申请人姓名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 联系方式 | 　 | 联系地址 | 　 |
| 所属的连锁总部（或集团总部）名称 | 　 |
| 经营场所在岗服务执业药师人员数量 | 人 | 签约成为我市基本医疗保险定点零售药店时间 | 　 |
| 所属的连锁总部（或集团总部）取得“两病”目录内用药的数量 | 个　 |
| **本企业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。****（以上基本资料由申请人/企业负责人签名确认）签名：  申请日期： （加盖公章）** |
| **属地医保经办机构初审意见：****单位（加盖公章）： 日期：** |