|  |
| --- |
| **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。 |