

广东省定点医疗机构申请表

机构名称		所在区	
机构地址		邮政编码	
注册面积		建筑面积	
机构级别		机构类别	
经营类别		申报服务范围	
执业许可证登记号		统一社会信用代码	
许可证发证日期		许可证有效期限	
法定代表人 (身份证号)		联系电话	
主要负责人 (身份证号)		联系电话	
实际控制人 (身份证号)		联系电话	
业务联系人		联系电话	
诊疗科目		机构开户名称	
编制床位数		实际开放床位数	
机构开户银行		机构开户账号	
是否配有专(兼) 职医保管理人员		是否设有内部医保管 理部门	
是否具有医保管 理、财务、统计信 息管理、医疗质量 安全核心制度		是否设立医保药品、 诊疗项目、医疗服务 设施、医用耗材、疾 病病种等基础数据库	

是否具有符合医保协议管理要求的信息系统		是否建立进销存信息系统	
是否建立门诊信息系统		是否建立住院信息系统	
卫生技术人员构成	高级职称	中级职称	初级职称
医生			
护士			
药师			
医技			
合计			
申请承诺	本机构自愿承担基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点机构，并承诺不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；如因本机构原因，医疗机构地址等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更，自愿放弃当次申请。		
法定代表人(签名): 主要负责人(签名): 实际控制人(签名): (单位盖章) 申请日期: 年 月 日			