

南通市零售药店申报医保定点协议管理申请表

零售药店名称					
经营地址				邮政编码	
所有制性质		经营方式	<input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 连锁	经营性质	<input type="checkbox"/> 营利 <input type="checkbox"/> 非营利
法定代表人		联系电话		身份证号	
负责人(联系人)		联系电话		QQ号	
药品经营许可证 编号				发证时间	
业务用房营业面积	(m ²)		统一社会信用 代码		
业务用房性质	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租赁		租赁期限		
所属街道(乡/镇)					
从业人员构成	人员类别	人数	在 职	退 休	是否签订劳动合同
	药学技术人员				
	其中：执业药师				
	其他人员				
	医保管理人员		专职 () 人		兼职 () 人
	合计	(人)			

我单位自愿申请成为南通市医疗(照护)保险定点单位, 遵守医疗(照护)保险各项规章制度, 愿做以下承诺:

一、本单位在申请定点单位过程中所报数据、材料真实、合法、有效, 如有不实, 愿意承担包括被解除服务协议、取消定点资质在内的所有一切责任、后果, 并在3年内不再申报定点。

二、本单位近1年无卫生行政、中医、药品监管、市场监管、民政养老等有关部门给予的处罚、处理等违规记录(包括曾经使用名称的违规记录)。单位法定代表人、主要负责人、合伙人、实际控制人、股东(个人、单位)3年内无医疗(照护)保险不良记录, 不在失信被执行人名单中。

三、建立健全医疗(照护)、财务、物价等内部管理制度, 并有效执行, 持续改进。

四、能够自行配备符合医保信息系统建设要求的有关设备, 在规定时间内完成信息系统改造和其他准备工作, 满足参保人员刷卡结算工作要求。

五、积极配合医疗(照护)保险管理部门的工作, 如不能按时完成就医就诊(照护服务)各项准备工作, 愿自动放弃本次签订基本医疗(照护)保险定点单位医疗(照护)保险服务协议。

六、我单位不会以任何形式干扰医疗保险(照护)经办机构工作, 不向工作人员赠送礼品、礼金、有价证券等, 不安排宴请或其他活动, 如有违反, 自愿被取消定点申报资格。

七、省评估细则正式出台后, 如现有条件未达到省评估细则要求将立即整改, 若一个月未整改到位的自愿暂停医保服务, 三个月未整改到位的自愿终止医保服务。

申报单位法定代
表人意见

法人代表签字:

单位(盖章)

年 月 日