附件1

达州市医疗保险定点协议管理申报受理单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | 四川太极xx店（营业执照上名称） | 地 址 | （营业执照上地址） |
| 联 系 人 | 店长（名字） | 联系电话 | 必填 |
| 证照原件复印件查验 |
| 类别 | 证件名称 | 原件 | 复印件 | 原复印件内容数量 |
| 医疗机构 | 《医疗机构执业许可证》（正本） |  |  |  |
| 《医疗机构执业许可证》（副本） |  |  |  |
| 法定代表或主要负责人身份证 |  |  |  |
| 《营业执照》 |  |  |  |
| 《组织机构代码证》 |  |  |  |
| 从业人员从业证照 |  |  |  |
| 药店 | 《药品经营许可证》 |  |  |  |
| 《营业执照》 |  |  |  |
|  从业人员从业证照 |  |  |  |
| 受理意见 |  经查验，该医药机构所提供的原件和复印件内容和数量相符，原件 份，复印件 份。 受理人： 科室负责人： 年 月 日 年 月 日 |

注：本表一式两份，医保局和申报单位各一份。