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。