商洛市定点医药机构备案申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 级别等次 |  |
| 法人代表 |  | 身份证号 |  |
| 经营性质 | 公立□ 民营□营利□ 非营利□  | 服务类型 | 零售药店□门诊□住院□ |
| 机构地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| （药品经营）医疗机构执业许可证号 |  | 有效期 |  |
| 营业执照或事业单位法人证书编号 |  |
| 人员构成情况 | 执业药师 | 共人 | 药师 | 共人 |
| 执业医师 | 共人，其中：高级职称人,中级职称人,初级职称人 |
| 乡村医生 | 共人。 |
| 注册护士 | 共人，其中：高级职称人,中级职称人,初级职称人 |
| 其他人员 | 共人 | **合 计** |  |
| 科室设置情况 | 临床科室： 个；医技科室： 个 |
| 床位情况 | 核定床位： 张；开放床位： 张 |
| 县区医保经办机构意见 |  (单位印章)法人代表签字 年 月 日 |
| 市级医保经办机构意见 |  |