附件2

上饶市医疗保障定点

零售药店申请表

药店名称（公章）：

申请日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
| 药店地址 |  |
| 所在县、区 |  | 乡镇、街道 |  |
| 邮政编码 |  | 开始营业年月 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 药店负责人 |  | 联系电话 |  |
| 所有制形式 |  | 营业面积 |  |
| 开户银行及账号 |  |
| 经营模式 | 全国连锁（ ），全省连锁（ ），全市（ ）单体经营（ ） |
| 经营范围 |  |
| 本店员工情况 | 合计人，其中： 执业药师人， 药师人，其他人员人。 |
| 经营药品品种情况 | 药品总数，其中西药，中成药，中药饮片。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 上年度销售情况 | 销售总额万元，其中药品万元，医用器械材料万元，保健品万元，其他商品万元。 |
| 药店基本情况介绍 |  |
| 评估情况 |  |
| 公示情况 |  |
| 评估准入意 见 |  |