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 |  |