附件2

**镇江市医疗机构申报基本医疗保险定点协议申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | | |  | | | | | | |
| 执业地址 | | | 丹阳市□ 句容市□ 扬中市□  江苏省镇江市  京口区□ 润州区□ 丹徒区□ 镇江新区□  详细地址： | | | | | | |
| 机构类别 | | |  | | 服务对象 | | 内部□社会□ | | |
| 法定代表人 | | |  | | 法人联系方式 | |  | | |
| 法人代表身份证号 | | |  | | | | | | |
| 联系人 | | |  | | 联系方式 | | |  | |
| 营业执照（事业单位法人证、民办非证）  核发时间 | | | 年 月 日 | | 是否公立 | | | 是□ 否□ | |
| 经济类型 | | |  | | 是否盈利 | | | 是□ 否□ | |
| 医疗执业许可证  取得时间 | | | 年 月 日 | | 医疗执业许可证  到期时间 | | | 年 月 日 | |
| 职工总数 | | | 人 | | 参加社会保险人数 | | | 人 | |
| 单位社会保险号 | | |  | | 是否按时足额  缴纳社保费 | | | 是□ 否□ | |
|
| 近1年内有无  行政处罚记录 | | | 有□ 无□ | | 近1年内有无  重大医疗事故 | | | 有□ 无□ | |
| 核定住院床位数 | | | 张 | | 实际住院开放床位数 | | | 张 | |
| 卫生技术人员构成 | | 类 别 | | 总人数（人） | 高级职称  （人） | 中级职称（人） | | | 初级职称（人） |
| 医 生 | |  |  |  | | |  |
| 护 士 | |  |  |  | | |  |
| 药　师 | |  |  |  | | |  |
| 医 技 | |  |  |  | | |  |
| 合 计 | |  |  |  | | |  |
| 单  位  承  诺 | 本单位对申报镇江市医疗保险定点服务作出以下承诺：  1.本单位已对镇江市医疗保险定点医疗机构申报条件全面了解，并承诺已达到相关条件和服务标准；  2.近1年内 (正式运营不满1年的，从正式运营日至申报日)无因涉及欺诈骗保或无医疗、药事责任事故，未受卫生健康、市场监督、税务等部门的行政或经济处罚的记录；  3.无因严重涉嫌违约、违纪、违法被查实的情形；  4.本单位承诺本次申报是真实意愿的表达，申报所提供的全部资料是真实、完整、合法、有效的。如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。  申报单位（公章）： 法定代表人签名：    年 月 日 | | | | | | | | |

注：“机构类别”按照《医疗机构执业许可证》副本填写；

“经济类型”按照《营业执照》填写。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 药店地址 | 丹阳市□ 句容市□ 扬中市□  江苏省镇江市  京口区□ 润州区□ 丹徒区□ 镇江新区□  详细地址： | | |
| 药品经营许可证  发证时间 | 年 月 日 | 药品经营许可证  到期时间 | 年 月 日 |
| 法定代表人 |  | 法人联系方式 |  |
| 法人代表  身份证号 |  | | |
| 药店负责人 |  | 联系方式 |  |
| 医保目录内药品  计划经营品种数量 | 种 | 是否经营中药饮片 | 是□ 否□ |
| 近1年内有无  行政处罚记录 | 有□ 无□ | 近1年内有无药品  质量方面违法行为 | 有□ 无□ |
| 经营方式 | 零售□ 连锁□ | 是否具备24小时  提供服务的能力 | 是□ 否□ |
| 执业药师 人 | 从业药师 人 | 药师总数 人 | 其他人员 人 |
| 执业中药师 人 | 从业中药师 人 |
| 职工总数 | 人 | 参加社会保险人数 | 人 |
| 单位社会保险号 |  | 是否按时足额  缴纳社保费 | 是□ 否□ |
| 单  位  承  诺 | 本单位对申报镇江市医疗保险定点服务作出以下承诺：  1.本单位已对镇江市医疗保险定点零售药店申报条件全面了解，并承诺已达到相关条件和服务标准；  2.近1年内 (正式运营不满1年的，从正式运营日至申报日)无因涉及欺诈骗保或无医疗、药事责任事故，未受卫生健康、市场监督、税务等部门的行政或经济处罚的记录；  3.无因严重涉嫌违约、违纪、违法被查实的情形；  4.本单位承诺本次申报是真实意愿的表达，申报所提供的全部资料是真实、完整、合法、有效的。如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。  申报单位（公章）： 法定代表人签名：    年 月 日 | | |

**镇江市零售药店申报基本医疗保险定点协议申请表**