附件1

兵直统筹区慢性病定点零售药店申请书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构编码 |  | 药店级别 |  |
| 机构名称 |  | | |
| 法人代表 |  | 身份证号 |  |
| 负责人 |  | 身份证号 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 社会保险参保地 |  | 参保人数 |  |
| 经营性质 | 连锁：直营□ 加盟□ 非连锁：个体□ 有限公司□ 其他□ | | |
| 经营收入 | 上年度平均每月经营收入\_\_\_万元 | | |
| 机构地址 |  | | |
| 连锁公司/母公司名称 |  | | |
| 人员构成 | 执业药师 | 西药执业药师 \_\_\_人，中药执业药师\_\_\_人 | |
| 药品从业人员 | \_\_\_人 | |
| 其他人员 | \_\_\_人 | |
| 合计 | \_\_\_人 | |
| 承诺书 | 本单位承诺所提交的申请材料真实、合法、有效，近三年来医保、市场监督管理部门监督检查无违规违约行为，如有不实，愿意承担一切责任后果。  单位名称： 法人代表或负责人签字 ： 年 月 日 | | |