**附件2：**

**定点零售药店协议管理申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | 统一社会  信用代码 |  |
| 单位地址 |  | | | | |
| 法定代表人 |  | 电话 |  | 身份证号码 |  |
| 主要负责人 |  | 电话 |  | 身份证号码 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  | 所有制形式 |  |
| 经营模式 | |  | | | |
| 基本账户开户银行 |  | | | 基本账户  账号 |  |
| 药品经营许可证号 | | |  | | |
| 法定代表人签字： 单位盖章：  年 月 日 年 月 日 | | | | | |