附件3

门诊慢性病、特殊病药品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 |  |
| 供给门诊慢性病、特殊病药品能力和  质优价廉情况 |  | | | | |
| 基本账户开户银行 |  | | | 基本账户  账号 |  |
| 医疗机构执业许可证号 |  | | | 零售药店药品经营许可证号 |  |
| 法定代表人签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |