附件1-2-4-2

梅州市国家医保谈判药品“双通道”药店现场检查问题确认表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

我中心于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日对你单位开展日常检查工作，现场检查发现你单位未按照《梅州市国家医保谈判药品“双通道”管理零售药店服务协议》要求履行约定，具体如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 具体考核内容 | 总分值 | 现场检查情形描述 | 本次检查扣分情况 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

现按约定对你单位做出以上扣分处理，并纳入年度考核。

药店确认（盖章） 检查单位名称：（盖章）

年 月 日