附件1

|  |
| --- |
| 梅州市“双通道”管理定点零售药店公开遴选申请表 |
| 申请药店名称 |  |  | 报名区域 |  |
| 药店地址 |  |
| 申请法人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 企业负责人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 联系方式 |  | 联系地址 |  |
| 所属的连锁总部（或集团总部）名称 |  |
| 经营场所在岗服务执业药师人员数量 | 人 | 签约成为我市基本医疗保险定点零售药店时间 |  |
| 单体药店、连锁药店所属的连锁总部（或集团总部）取得“双通道”目录内国家谈判药品经销权的数量 | 个 | 药品物流配送中心所在区域 |  |
| **本企业承诺上述填报资料信息属实，提交的资料合法、真实有效，如有违反，本单位将承担由此导致的一切后果。（以上基本资料由申请法人/企业负责人签名确认）签名：  申请日期： （加盖公章）** |
| 注：此表一式两份。报名区域分为梅江区、兴宁市、丰顺县。 |