附件2：

南昌市双通道谈判药品定点医疗机构

申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 定点医疗机构名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 机构代码 |  | 法人代表 |  |
| 所有制形式 |  | 机构类别 |  |
| 医院等级 |  | 医保定点准入时间 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  |
| 南昌市医疗保障局：本单位申请作为南昌市“双通道”谈判药品定点医疗机构，严格按照有关规定，做好“双通道”谈判药品定点医疗机构的管理服务工作。负责人签名： 盖章（公章）：年 月 日 |
|
|