附件6：

南昌市双通道谈判药品定点零售药店

申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定点药店名称 |  | | |
| 药店地址 |  | | |
| 药店（或企业）  法定代表人 |  | 所属药品零售（批发）企业名称 |  |
| 医保定点准入时间 |  | | |
| 药店医保责任人 |  | 联系方式 |  |
| 营业面积 |  | 执业药师人数 |  |
| 南昌市医疗保障局：  本店申请作为南昌市“双通道”谈判药品管理定点零售药店，严格按照有关规定，做好“双通道”药品的管理服务工作。  负责人签名：  盖章（公章）：  年 月 日 | | | |