**附件2：**

**吉林市医疗保险特药定点零售药店评估申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
| 所属企业（集团）名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 企业类型 |  | 经营方式 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 药品经营许可证号 |  |
| 药店GSP认证证书编号 |  | 营业面积 |  |
| 法定代表人姓名及联系电话 |  |
| 医保负责人姓名及联系电话 |  |
| 具备销售特药品种数量 |  | 职工参保人数 |  |
| **医师、药学技术人员情况**姓名执业资格或职称是否在职 |
| 人员数量（人） | 执业药师 | 医师 | 营业人员 | 其他人员 | 小计 |
|  |  |  |  |  |
| 零售药店（盖章）:年 月 日 | 企业（集团）盖章：年 月 日 |
| 医保经办机构初审意见（盖章）：年月日 |