附件7：

九江市医疗保障定点零售药店

评估准入申请表

药店名称（公章）：

申 请 日 期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | |
| 药店地址 |  | | |
| 所在县、区 |  | 乡镇、街道 |  |
| 邮政编码 |  | 开始营业年月 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 药店负责人 |  | 联系电话 |  |
| 所有制形式 |  | 营业面积 |  |
| 开户银行及帐号 |  | | |
| 经营模式 | 连锁经营（）单体经营（） | | |
| 经营范围 |  | | |
| 本店员工情况 | 合计 人，其中：执业药师 人，药师 人，  其他人员 人。 | | |
| 经营药品品种  情况 | 药品总数 ，其中西药 ，中成药 ，中药饮片 。 | | |
| 上年度  销售情况 | 销售总额 万元，其中药品 万元，医用器械材料 万元，保健品 万元，其他商品 万元。 | | |
| 药店  基本情况介绍 |  | | |
| 评估情况 |  | | |
| 公示情况 |  | | |
| 评估准入  意见 |  | | |