附件

四川省基本医疗保险定点零售药店基础信息变更申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | （单位公章） | | | |
| 省医保编码 |  | | 申请时间 |  |
| 变更前药店名称 | | | 变更后药店名称 | |
|  | | |  | |
| 变更前药店经营地址 | | | 变更后药店经营地址 | |
|  | | |  | |
| 变更前药店法定代表人 | | 变更后药店法定代表人及联系电话 | | |
|  | |  | | |
| 变更前药店企业负责人 | | 变更后药店企业负责人及联系电话 | | |
|  | |  | | |
| 变更前药店开户信息 | | | 变更后药店开户信息 | |
| 户名：  账户：  开户行： | | | 户名：  账户：  开户行： | |

注：表格中项目若未变更则不填写。

办理地址 ：永兴巷15号3号楼3304室省医保局医疗服务室

电话：028-86523063