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