# 附件2-1

深圳市“双通道”药店申请书

申请单位（章）

申 请 时 间 年 月 日

**零售药店基本情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **药店所属公司代码**  **（单体药店不填）** | |  | | | |
| **药店所属公司名称 （单体药店不填）** | |  | | | |
| **药店所属公司地址 （单体药店不填）** | |  | | | |
| **申请零售药店代码** | |  | | | |
| **申请零售药店名称** | |  | | | |
| **零售药店地址** | |  | | | |
| **地址所属社区** | | **市 区 街道 社区** | | | |
| **深圳社保参保名称** | |  | | **参保单位编码** |  |
| **所属公司统一社会**  **信用代码** | |  | | **药店统一社会信用代码** |  |
| **药品经营许可证号** | |  | | **GSP证书编号** |  |
| **经营方式** | |  | | | |
| **经营范围** | |  | | | |
| **法人代表** | |  | | **联系电话** |  |
| **医保负责人** | |  | | **联系电话** |  |
| **申请事项办理人** | |  | | **联系电话** |  |
| **配备“双通道”药品品种的数量** | |  | | **是否设置冷藏设备及不间断电源** |  |
| **专业冷藏柜数量** | |  | | **保温箱数量** |  |
| **2020年9月至2022年8月期间是否受过本市医疗保障局部门行政处罚** | | | | |  |
| **信息系统为自行开发或外购** |  | | **信息系统软件名称** | |  |
| **信息系统主要功能** |  | | | | |

**冷链设备清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设 备 名 称** | **设备型号** | **设备类型** | **生产厂家** | **备 注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **经营药品种类** | | | | | |
| **西药** | **医保 西药** | **中成药** | **医保 中成药** | **中药饮片** | **医保 中药饮片** |
|  |  |  |  |  |  |
| **工作人员名单** | | | | | |
| **姓名** | **岗位** | **药学技术人员资格证编号** | | **本人签名** | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |

**（可附页）**

|  |  |
| --- | --- |
| **申请单位意见** | **本店自愿按照政策规定及相关要求，提交有关材料，申请成为深圳市“双通道”药店，并郑重承诺：  1.本店严格执行国家、广东省、深圳市医疗保障相关法律、法规、规章、政策及服务协议，2020年9月至2022年8月期间本店未受过本市医疗保障局行政处罚，且所提交材料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；**  **2、如本店成为“双通道”药店，本店销售的“双通道”药品零售价格不高于国家谈判价格，承诺不得加成销售“双通道”药品；**  **3.承诺成为“双通道”药店后，必须为参保人将提供“双通道”药品服务，一个自然年度的“双通道”药品医保记账金额低于10万元的（属于在同一社区内仅一家“双通道”药店的除外），将不再申请与深圳市医疗保障经办部门签订下一个自然年度的“双通道”药店补充服务协议；  4.信息系统进销存记录保存不低于5年，并可根据需要调阅进销存记录；**  **5.具备24小时应急响应和供货服务能力。**  **法定代表人（签名）：  （申请单位盖章） 企业负责人（签名）：**  **实际控制人（签名）：**  **年 月 日** |