附件2：

**辽阳市“双通道”定点医疗机构申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请定点  医疗机构名称 | |  | | | | 申请时间 | |  |
| 医疗机构地址 | |  | | | | 医疗机构  类    型 | |  |
| 社会信用代码 | |  | | | | 登记机关 | |  |
| 医疗机构许可证登记号 | |  | | 医疗机构许可证有效期至 |  | 发证机关 | |  |
| 医保定点时间 | |  | | | 医疗机构等级 |  | | |
| 医疗机构  诊疗科目 | |  | | | | 法定代表人 | |  |
| 主要负责人 | |  | | | 联系电话 |  | | |
| 高值药品备药数量和高值药品可预约备药数量 | | | |  | | | | |
| 评估/责任医师 | 姓名 | | 身份证号 | | 职务和  职称 | 联系电话 | | 高值药品  医师类别 |
| 1 |  | |  | |  |  | |  |
| 2 |  | |  | |  |  | |  |
| 3 |  | |  | |  |  | |  |
| 4 |  | |  | |  |  | |  |
| 5 |  | |  | |  |  | |  |
| 医疗机构法人（负责人）签字、盖章 | | |  | | 申请单位公章 | |  | |