附件2

贵州省医疗机构制剂基本情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构名称（盖章）** | | **社会信用代码** | | **医疗机构制剂许可证编号** | **联系人** | | **联系电话及电子邮箱** | |
|  | |  | |  |  | |  | |
| **1.**医疗机构制剂名称 | **2.**类别（注册制、备案制） | | **3.**批准文号  （或备案号） | **4.批准文号有效期** | **5.医疗机构制剂**  国家医保编码 | **5.**剂型 | | **7.批准（备案）**规格 |
|  |  | |  |  |  |  | |  |
| **8.现行零售规格** | **9.现行零售价** | | **10.**生产形式  （自制/委托配制） | **11.**配制地址 | **12.功能与主治** | **13.成分** | | **14.**药监部门允许调剂使用范围 |
|  |  | |  |  |  |  | |  |
| **单位承诺** | 本表格所列明的所有内容及其他相关文件均为真实信息。如提供任何虚假、错误或欺诈信息，愿意承担一切责任。  申报单位： （盖章）  填表日期： 年 月 日 | | | | | | | |