**定点医药机构变更评估登记表**

**单位名称：（盖章）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请变更**  **内容** | **□**单位名称：  **□**执（营）业地点：  **□**法定代表人（负责人）： | | |
| **变更后名称** |  | | |
| **相关材料审核** | | | |
| **□**《医疗机构执业许可证》副本原件及正副本复印件、或《营业执照》《民办非企业单位登记证书》原件及复印件；  **□**《药品经营许可证》《营业执照》副本原件及复印件、《药品经营质量管理规范认证证书》（GSP）原件及复印件；  **□**房产权证明或租赁合同、平面布局图等资料原件及复印件；  **□**相关人员身份证原件及复印件；  **□**规定的其他材料 | | | |
| **实地考察情况** | | | |
| **□**经营面积：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **□**周边300米有无定点药店：  **□**规章制度上墙情况 ：  **□**医保政策宣传栏：  **□**咨询台及咨询电话：  **□**医保刷卡窗口标识：  **□**其他需说明的情况： | | | |
| **定点医药机构意见**  **（签章）**  **年 月 日** | | **评估人员签字：**  **年 月 日** | **市医保中心意见：**  **（盖章）**  **年 月 日** |