**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** |