附件2

忻州市医保定点零售药店服务诚信承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | |
| 药店地址 |  | | |
| 固定电话 |  | 营业时间 |  |
| 行政区划 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 医保负责人 |  | 联系电话 |  |
| 申请事项办理人 |  | 联系电话 |  |
| 建筑面积(平米) |  | 营业面积(平米) |  |
| 药店经营类型 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | 营业执照注册日期 |  |
| 药品经营许可证号 |  | 证书有效期限 |  |
| 经营范围 |  | | |
| 经营药品种数 |  | 医保药品种数 |  |
| 单位开户银行 |  | 单位开户银行账号 |  |
| 总人数 |  | | |
| 执业药师(人数) |  | 其他人员(人数) |  |
| 申请意愿 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 上年度业务收支情况 | 总收入 |  | | |
| 西药 |  | 中成药 |  |
| 中药饮片 |  | 其他 |  |
| 备注 |  | | | |
| 申请机构承诺 | 本单位自愿承担忻州市定点医保服务,申请成为医疗保险定点零售药店,并对以下事项作出郑重承诺:  1.知晓申请定点的相关流程和要求，所提供的填报内容及申报材料真实、准确、完整、有效。若因提供虚假信息所产生的一切后果，愿承担一切法律责任。  2.能够按照忻州市医保智能监控管理要求，将医保监控系统、医保结算系统和药店信息系统对接（在规定时间内未达到联网要求的，即视为自动放弃申报资格），保证数据的真实性、完整性。  3.签订医保服务协议后，严格执行国家及省、市有关医疗保险的相关规定，切实履行医保服务协议内容，规范医保服务行为。  如有违反以上规定行为或因违规、造成社会影响、被行业处罚的，自愿接受终止定点服务，且三年内不予申报定点资格（含总公司下连锁及加盟店）的处理，并承担相应的法律责任。  承诺单位法定代表人:  单位（盖章）:  签字日期: 年 月 日 | | | |