

附件 3

定点医药机构基础信息变更申请表

单位名称及医保编码（公章）：

申请时间： 年 月 日

变更事项	变更前	变更后
定点医药机构名称		
法定代表人		
主要负责人和 (或实际控制人)		
注册地址		
银行户名		
银行账号		
开户银行名称		
开户银行行号		
医疗机构诊疗科目 / 药店许可经营范围		
机构性质		
医疗机构等级		
医药机构类别		
定点医药机构医保部门 联系人及电话		
其他		
定点医药机构经办人姓名及联系电话:		
医保经办机构审核意见	经办人: _____ (受理部门盖章) _____ 年 月 日	