

表16：医疗机构申请定点协议管理申请表（参考样表）

医疗机构名称				
统一社会信用代码				
注册地址				
注册面积		建筑面积		
法定代表人	姓名		联系方式	
	身份证号			
主要负责人	姓名		联系方式	
	身份证号			
实际控制人	姓名		联系方式	
	身份证号			
医疗机构成立时间			医疗机构等级	
医疗机构性质			医疗机构类别	
医疗机构执业许可证发证机关				
医疗机构执业许可证登记号				
医疗机构执业许可证发证日期		许可证有效期开始日期		
		许可证有效期截止日期		
执业地址行政区划		执业地址		
服务对象		诊疗科目		
编制床位数		实际开放床位数		
收费等级		医疗用房性质		
银行账号		银行开户行		
是否配有专（兼）职医保管理人员				
是否设有内部医保管理部门				
是否具有符合医保协议管理要求的信息系统				
是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库				