<table>
<tr><td colspan="3">是否建立进销存信息系统</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">是否建立门诊信息系统</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">是否建立住院信息系统</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">卫生专业技术人员构成</td><td></td><td>高级职称</td><td>中级职称</td><td>初级职称</td></tr>
<tr><td>医生</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>护士</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>药师</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>医技</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>合计</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">已设主要管理制度、台账名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">具备条件简介（按统筹区评估项目提供，办理材料2-5项及本表以上栏目包含内容无须介绍，本栏可另附页提供）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">联系人姓名</td><td rowspan="2"></td><td>联系人固话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系人手机号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">申请日期</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">单位承诺</td><td colspan="3">本单位承诺：
1.本单位不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》规定的不予受理定点申请的情形；
2.本单位所有填报的资料全部真实、完整、合法有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。

法定代表人签字：　　单位公章：

年　月　日</td></tr>
</table>

备注：本表（含附页，下同）及提供的办理材料需加盖单位公章。本表需同时提交电子版本。