

定点零售药店基础信息变更备案登记表

申请单位名称		医保代码	
法定代表人 (主要负责人)		申请日期	年 月 日
申请 变更 事项 及 原因	变更事项	变更前	变更后
	变更原因：		
法定代表人（主要负责人）签字：		年 月 日	
申请单位盖章			
申请单位经办人：		联系电话：	

需提供的材料：（1）申请单位变更后的药品经营许可证正、副本复印件；（2）申请单位变更后的营业执照的正、副本复印件。（3）变更记录（无变更记录的提供变更前证照复印件）。（4）承诺书等。

定点零售药店变更单位名称承诺事项

本单位已知《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》有关单位名称变更事项的规定，特作如下承诺：

1. 自____年__月__日起，单位名称由_____变更为_____。

2. 保证提供材料的真实性与准确性，如提供材料不真实、不准确，承担由此引起的一切经济 and 法律责任。

3. 变更单位名称后，按规定及时重新签订医保服务协议，并对变更前单位的一切行为负责（包括经济、法律责任）。

违反上述承诺，愿承担一切责任。

单位法定代表人（签章）：

新单位（盖章）：

年 月 日

定点零售药店变更单位法定代表人承诺事项

本单位已知《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》有关单位法定代表人变更事项的规定，特作如下承诺：

1. 自____年__月__日起，本单位法定代表人由_____变更为_____。

2. 保证提供材料的真实性与准确性，如提供材料不真实、不准确，承担由此引起的一切经济 and 法律责任。

3. 变更单位法定代表人后，按规定及时重新签订医保服务协议，并对变更前单位的一切行为负责(包括经济、法律责任)。

违反上述承诺，愿承担一切责任。

承诺单位新法定代表人签名：

承诺单位（章）：

年 月 日

定点零售药店变更单位名称、法定代表人承诺事项

本单位已知《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》有关变更单位名称、法定代表人等事项的规定，特作如下承诺：

1. 自____年__月__日起，本单位法定代表人由_____变更为_____。

单位名称由_____变更为_____。

2. 保证提供材料的真实性与准确性，如提供材料不真实、不准确，承担由此引起的一切经济 and 法律责任

3. 变更单位名称、法定代表人后，按规定及时重新签订医保服务协议，并对变更前单位的一切行为负责（包括经济、法律责任）。

违反上述承诺，愿承担一切责任。

新单位法定代表人（章）：

新单位（章）：

年 月 日

定点零售药店变更单位经营地址承诺事项

本单位已知《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》有关单位经营地址变更事项的规定，特作如下承诺：

1. 自____年__月__日起，本单位经营地址由_____

变更为_____

_____。

2. 迁入新址后，原址上的定点零售药店标牌、名称等摘除，原址上的零售药店不再以定点零售药店名称营业。

3. 保证提供材料的真实性与准确性，如提供材料不真实、不准确，承担由此引起的一切经济 and 法律责任。

4. 省评估细则正式出台后，如现有条件未达到省评估细则要求将立即整改，若一个月未整改到位的自愿暂停医保服务，三个月未整改到位的自愿终止医保服务协议。

违反上述承诺，愿承担一切责任。

承诺单位法定代表人签名：

承诺单位（章）：

年 月 日

