

附件 1

江西省集采药品“三进”行动申请表
(样 本)

单位名称			
单位地址			
统一社会信用代码			
法人代表		机构医保编码	
联 系 人		联系电话	
申请内容	本单位自愿参加医保部门开展的集采药品“三进”行动，严格执行“五统一”标准，承诺集采药品的销售价格： ☐按照中选价销售 ☐按不高于中选价加价 15%销售 法人代表签字：_____ (印章) 年 月 日		
医保部门审核意见	(印章) 年 月 日		