附件2

中央药库申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人姓名 |  | 联系方式 |  |
| 申报条件 | （1）自营药品医保目录覆盖率达到55%及以上；（2）调拨后药品医保目录覆盖率达到95%及以上；（3）自营药品及调拨药品的一日订单满足率达到80%及以上；（4）已实现电子追溯，实行“带码流通”。 |
| 申请说明 | 我单位自愿申请“中央药库”，并承诺满足上述条件，按照中央药库相关要求做好供应保障工作。 |

填表人： 经营企业（公章）：
填表人联系方式：

本单位承诺所提供信息真实、完整，符合公告中申报条件，如有虚假或隐瞒，本单位承担一切法律责任。