附件4

中央药房申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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）药品网上采购率达100%，参加药品集中带量采购；  （2）医联体内、医疗机构院内（联合申请的各医院内）药品医保目录覆盖率达到55%及以上；  （3）多渠道保障药品医保目录覆盖率达到95%及以上；  （4）患者购药一日满足率达到80%及以上；  （5）已实现电子追溯，实行“带码流通”；  （6）提供用药指导或用药咨询。 | | |
| 医联体（或联合申请）成员单位 |  | | |
| 申请说明 | 本单位自愿申请“中央药房”，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： 药房（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。