附件2

参加集采药品进基层活动申请书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法人代表 |  | 邮政编码 |  |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申请内容 | 本单位自愿申请参加医保部门开展的集采药品进基层活动，严格执行“五统一”标准，承诺集采药品：  🞎按照中选价销售  🞎按不高于中选价加价 %销售  （申请单位印章）  法人代表签字： 年 月 日 | | |
| 审核意见 | （印章）  年 月 日 | | |
| 市级医保部门意见 | （印章）  年 月 日 | | |