附件1

湖北省集采药品“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 | 我单位自愿参加医保部门开展的集采药品“三进” 行动，严格执行相关标准，承诺集采药品的销售价格：  □按不高于中选价销售（医保定点民营医疗机构）  □按不高于中选价加价 %销售（医保定点零售药店）  法人代表签字：  （印章）  年 月 日 | | |
| 医保部门审核意见 | （印章）  年 月 日 | | |