**附件4**

**定点医药机构信息变更申请表**

单位名称(公章):

国家平台赋码：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原 登 记 事 项 | | | 变 更 事 项 | | |
| 机构名称 |  | | 机构名称 |  | |
| 注册地址 |  | | 注册地址 |  | |
| 机构等级 |  | | 机构等级 |  | |
| 机构性质 |  | | 机构性质 |  | |
| 法定代表人 (主要负责人) | 姓名 |  | 法定代表人  (主要负责人) | 姓名 |  |
| 身份证号 |  | 身份证号 |  |
| 手机 |  | 手机 |  |
| 主管部门或总机构 | |  | 主管部门或总机构 | |  |
| 经营方式 |  | | 经营方式 |  | |
| 诊疗科目 |  | | 诊疗科目 |  | |
| 开户银行 |  | | 开户银行 |  | |
| 银行行号 |  | | 银行行号 |  | |
| 银行户名 |  | | 银行户名 |  | |
| 银行帐号 |  | | 银行帐号 |  | |
| 受理情况 | 签字：  年 月 日 | | | | |

单位经办人： 联系电话： 填表时间：

**(填写说明：将“原登记事项”填写完整，将“变更事项”填写新的内容，未发生变更的项目，填** **写“不变”二字，所有事项需要填写完整。)**