**长春市医疗保险定点零售药店变更签约申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 变更前 | 变更后 |
| 单位名称 | {befName} | {aftName} |
| 法人代表 | {befMember} | {aftMember} |
| 单位地址 | {befAddress} | {aftAddress} |
| 营业面积 | {befArea} | {aftArea} |
| 营业执照注册号 | {befCode} | {aftCode} |
| 药品经营许可证号 | {befBus} | {aftBus} |
| 开户银行 | {befBank} | {aftBank} |
| 账号 | {befBankCode} | {aftBankCode} |
| 联系人及电话 | {contacts},{contactPhone} | |
| 变更事项 | {unit} | |
| 人员构成 | 执业药师{techZy},高级{techH}，中级{techM}，低级{techL} | |
| 变更原因 | {note} | |
| 审核意见 |  | |