附件3

|  |  |
| --- | --- |
| 定点医药机构名称（盖章） | 医保编码： |
| 项目 | 原单位信息 | 变更后单位信息 |
| 定点医药机构名称 |  |  |
| 统一社会信用代码 |  |  |
| 法定代表人 |  |  |
| 医疗机构等级 |  |  |
| 收费类别 |  |  |
| 开户银行 |  |  |
| 开户名称 |  |  |
| 银行账号 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 医药机构地址 |  |  |
| 医保维护人员签字： | 日期： |
| 医保审核人员签字： | 日期： |

曲靖市医保定点医药机构重要信息变更申请表