附件1

福建省医疗保障信息平台招采子系统

医疗机构账号申请表

|  |
| --- |
| 申请单位（盖章）： |
| **办理事项** | **请选择办理系统：** □ 福建省医疗保障信息平台招标和采购交易子系统**请选择具体办理内容：** □ 账号申请 □ 账号遗失/密码重置 □ 信息变更 |
| **医疗机构账号**（如办理账号遗失/密码重置可不填写） |  |
| 医疗机构信息表 |
| **序号** | **填报项目** | **填报内容** | **填报项目说明** |
| 1 | 组织机构代码 |  | 请按实际情况，填写组织机构代码**或**统一社会信用代码。 |
| 2 | 统一社会信用代码 |  |
| 3 | 医疗机构执业许可证号 |  |  |
| 4 | 经营性质 |  | 填写范围：政府举办非营利性/非政府办非营利性/非营利性/营利性。 |
| 5 | 医院类型 |  | 填写范围：公立医院/民营医院/部队医院/监狱医院/其他。 |
| 6 | 医院等级 |  | 填写范围：三级甲等/三级乙等/三级丙等/三级特等/三级未定等/二级甲等/二级乙等/二级丙等/二级未定等/一级甲等/一级乙等/一级丙等/一级未定等/未定级。 |
| 7 | 医疗机构类别 |  | 请按《医疗机构管理条例实施细则》第三条“医疗机构的类别”填写，如：综合医院、社区卫生服务中心、中心卫生院、综合门诊部等。 |
| 8 | 定点医疗机构 |  | 填写范围：省级定点医疗机构/市级定点医疗机构/县级定点医疗机构/乡(镇)级定点医疗机构/非定点医疗机构。 |
| 9 | 是否基层 |  | 填写范围：是/否。 |
| 10 | 医疗机构地址 |  |  |
| 11 | 法定代表人 |  |  |
| 12 | 经办人 |  |  |
| 13 | 经办人联系电话 |  |  |
| 14 | 经办人邮箱地址 |  |  |
| 说明：本表加盖公章后扫描成PDF文档（公章需清晰可见），将Excel表格和盖章扫描件一同发送至我中心邮箱，邮箱：fjsyczxzhsq@126.com。（发送邮件时，请在“主题”处备注医疗机构全称。） |