附件1

开通山东省药品集中采购平台

“直采窗口”申请表

编 号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 （卫生院或卫生服务中心） |  | | | | | 申请单位地址 | |  | | | |
| 经 办 人 |  | | 手 机 | |  | | | | | 申请开通账户个数 |  |
| 申  请  账  户  详  细  信  息 | 序号 | 卫生室 （服务站）名称 | | 负责人 | | | 手机 | | 账户名称 （省平台填写） | | |
| 1 |  | |  | | |  | |  | | |
| 2 |  | |  | | |  | |  | | |
| 3 |  | |  | | |  | |  | | |
| 4 |  | |  | | |  | |  | | |
| 5 |  | |  | | |  | |  | | |
| 6 |  | |  | | |  | |  | | |
| 7 |  | |  | | |  | |  | | |
| 8 |  | |  | | |  | |  | | |
| 9 |  | |  | | |  | |  | | |
| 10 |  | |  | | |  | |  | | |
| 申请人  承诺事项 | 本次申请开通直采窗口的卫生室（服务站）已配备接入互联网的电脑设备，乡村医生熟悉基本药学知识和药品采购政策并能进行电脑基本操作，符合开通直采账户条件。我院（中心）将按照《山东省公共资源交易中心关于平台药品直接采购“双百”计划实施方案》要求做好相关工作，并对开通直采窗口的网点进行管理与监督。  负责人签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 省中心  药械交易部意见 | 负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 省中心  分管领导意见 | 负责人签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

备注：此件一式三份，省中心、卫生院（服务中心）、卫生室（服务站）各执一份。