附件6

医药机构名称变更申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称（盖章） |  | | | | 申请日期 | 年 月 日 |
| 单位类别 | 二级及二级以上公立医疗机构二级以下公立医疗机构  基层医疗卫生机构医保定点民营医疗机构医保定点药店  其他 | | | | | |
| 变更原因 |  | | | | | |
| 宁夏医药采购平台原机构名称 |  | | | | | |
| 申请调整后的现机构名称 |  | | | | | |
| 申请单位联系人信息 | 姓名 |  | 联系电话 | 单位固话： 手机： | | |
| 自治区公共资源交易服务中心  办理意见 | 年 月 日 | | | | | |