

附件2

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：<br><input type="checkbox"/> 福建省医疗保障信息平台招标和采购交易系统<br>请选择具体办理内容：<br><input type="checkbox"/> 账号申请 <input type="checkbox"/> 账号遗失/密码重置 <input type="checkbox"/> 信息变更 |
| 医疗机构账号<br>(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：

(1) 本表加盖公章后传真至我中心即可，传真：0591-88502536。如传真不便，可扫描成电子档（公章需清晰可见），将电子表格和盖章扫描件一同发送至我中心邮箱，邮箱：  
fjsyczxzhhsq@126.com。