附件3

集采药品进基层惠民单位公示信息

单位名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（盖章 ） 填报人： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 县市区名称 | 惠民单位名称 | 国家局定点医药机构  编码 | 性质（零售药店/村卫生室/社区卫生服务站/民营医院/  线上平台） | 惠民单位  详细地址 | 经度 | 纬度 | 星级 | 集采药品  品种数 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |