表10

重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 |  | | | | | |
| 国家机构编码 |  | | 医院等级 | | |  |
| 所有制形式 |  | | 法人代表 | | |  |
| 单位地址 |  | | | | | |
| 申请经办人 |  | 联系电话 | |  | | |
| 单位开户银行及帐号 | |  | | | | |
| 资质名称 | | 有 | | | 无 | |
| 生育医疗资质 | |  | | |  | |
| 母婴保健技术服务许可证 | |  | | |  | |
| 《医疗机构执业许可证》的执业范围中是否注明“计划生育技术许可项目” | |  | | | | |
| 申请承诺 | | 本单位对申请内容的真实性负责，如有提供虚假不实材料或未按要求合法合规提交申请，将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。  法人代表签字：  　　　　　　　　　　　　　　　（单位印章）  年　月　日 | | | | |