附件3

药店收银系统与医保药店监管系统联调申请表

广州市医疗保险服务中心：

我单位已按系统接口规范要求，完成接口改造，做好接入环境的准备工作，现申请联调。具体如下（表格对应选项打“√”）：

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
| 药店地址 |  |
| 药店医保联系人 |  | 联系电话和传真 |  |
| 药店信息联系人 |  | 联系电话 |  |
| 信息系统开发厂商名称 |  | 厂商联系人 |  |
| 厂商联系方式 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **项目** | **准备情况** | **备注** |
| 接入方式 | 互联网 | □完成 □未完成 |  |
| 客户端 | CPU | □完成 □未完成 | 多个客户端的，填写客户端中配置最低的配置参数。 |
| 内存（ G） | □完成 □未完成 |
| 硬盘（ G） | □完成 □未完成 |
| 系统软件 | 操作系统： | □完成 □未完成 | 多个客户端的，填写客户端中最低的操作系统版本。 |
| 接口改造 | API | □完成 □未完成 |  |

药店（盖章）：

 年 月 日

注：如果是连锁药店，且收银系统是使用同一套、版本一致的，只需填写本表一份，但需填写附件其他药店信息并盖章。

附件

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_连锁药店清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 连锁医药公司名称（总部） | 分店所在区 | 分店名称 | 是否使用相同收银系统 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |