附件1

大冶市医保定点医药机构“双随机 一公开”

联合检查人员信息表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 姓名 | 职务 | 执法证编号 | 联系方式 |
| 1 | 大冶市卫健局  （2人） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 | 大冶市市场监督管理局（2人） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 | 大冶市医疗保障局（2人） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附件2

联络员信息表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 姓名 | 联系方式 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

附件3

实地核查记录表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市场主体名称 |  | | | |
| 社会统一信用代码/注册号 |  | 法定代表人（负责人、经营者） |  | |
| 主体类型 |  | 联系电话 |  | |
| 经营范围 |  | | | |
| 经营场所 |  | | | |
| 检查类别 | 检查事项 | 检查结果 | 问题具体描述 | 检查人员 |
|  |  | ○有问题 ○无问题 |  | 组长：  组员： |
|  | ○有问题 ○无问题 |  | 组长：  组员： |
|  | ○有问题 ○无问题 |  | 组长：  组员： |
|  | ○有问题  ○无问题 |  | 组长：  组员： |
|  | ○有问题  ○无问题 |  | 组长：  组员： |
| 检查意见(在相应结果前面打勾) | □1.未发现问题；  □2.未按规定公示应当公示的信息；  □3.公示信息隐瞒真实情况弄虚作假；  □4.通过登记的住所（经营场所）无法联系；  □5.不配合核查情节严重；  □6.发现问题已责令更改；  □7.发现问题待后续处理；  □8.未发现本次开展抽查涉及的经营活动；  □9.以上8项均不涉及； | | | |
| 备注 |  | | | |

法定代表人（负责人、经营者）签字（或加盖公章）： 检查日期：