附件：

天津市医疗保障基金管理中心委托第三方机构参与

新增定点医药机构评估工作申报表

申报时间：2021年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 市医保中心委托第三方机构参与新增定点医药机构评估工作 |
| 承担单位 |  |
| 单位负责人 |  | 联系电话 |  | 职称/职务 |  |
| 项目负责人 |  | 联系电话 |  | 职称/职务 |  |
| 单位地址 |  |
| 1. **单位简介**

**二、经费预算** |

|  |  |
| --- | --- |
| **三、项目组成员（包括项目负责人）** |  |
| 姓名 | 单位 | 职务/职称 | 承担任务 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |