广西基本医疗保险、工伤保险定点医疗机构委托第三方机构医学检测备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医疗机构名称  （加盖公章） |  | | | 备案时间 |  |
| 定点医疗机构联系人 |  | | | 联系电话 |  |
| 第三方机构信息 | 单 位 名 称 | |  | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | |
| 单 位 地 址 | |  | | |
| 法定代表人 |  | | 电话 |  |
| 联系人 |  | | 电话 |  |
| 委托服务项目 | 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| ...... | | | | |
| 所附资料项目 | 1.委托服务协议 □  2.第三方机构《医疗机构执业许可证》 □  3.第三方机构《营业执照》 □  4.省级及以上临床检验中心颁发的《室间质评证书》 □  5.省级及以上《医疗机构临床基因检验技术和能力审核合格证书》  （涉及PCR检测需提供）□  6.其他需要提供的材料 □ | | | | |
| 经办机构意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |

备注：委托服务项目应在第三方机构《医疗机构执业许可证》载明的诊疗科目及专业范围内。