

附件 1:

中山市基本医疗保险门诊特定病种 服务资格申请书

中山市医疗保障事业管理中心:

我单位(定点医疗机构名称) _____, (定点
医疗机构代码: _____ 地址: _____), 现按照
政策规定及相关要求, 提交《中山市基本医疗保险门诊特定病
种服务资格申请表》(见附件 2) 及相关资料, 申请开展相应门
诊特定病种服务资格, 并承担一切相应的法律责任。

(申请单位盖章)

年 月 日

(联系人: _____, 联系电话: _____)