附件3

**配备“双通道”药品清单**

填报单位（盖章）：

| 序号 | 药品名称 | 剂型 | 是否配备且与“双通道”药品生产企业（含进口药国内总代理）或其一级经销商签订供应保障相关协议 | 配备的药店名称（如为申报药店所属连锁企业的，请注明与申报药店的关系） | 与药店签订药品供应保障协议的企业类型（请选择“药品生产企业”“药品生产企业国内总代理”“药品一级经销商”其中一项填写） | 与药店签订供应保障协议的企业名称 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |