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 （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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |