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： ）