东莞市社会医疗保险定点医药机构

医保个人账户银联POS机/自助机安装通知及回执单

经审核，同意 （机构）在 安装医保个人账户银联POS机/自助机 台，详见下表。请收单机构的安装人员在安装完毕后填写“安装回执”中的内容，并将此表交定点医药机构。定点医药机构确认安装信息无误后请在表内相应位置加盖公章，并在3个工作日内交回市医保中心待遇核发部。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 安装通知 | | 安装回执 | | | | | | |
| 序号 | 安装具体位置 | 商户号 | 终端号 | 社保PSAM  卡号 | 绑定号码 | 维护公司 | 安装  时间 | 安装人员签名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 业务科室（业务章）：  经办人签名：   联系电话：0769-22317968  20 年 月 日 | | 经确认，以上安装信息无误，安装位置与终端号对应。   定点医药机构（业务章）：    经办人签名： 联系电话：     年 月 日 | | | | | | |

注：表中“绑定号码”：若绑定为固定电话，填写具体的电话号码；若绑定为无线网络，填写“网络”