|  |
| --- |
| 附件1 **内蒙古自治区医保信息平台****数字证书申请表** |
| **1**．申请单位信息 |
| 单位全称 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 单位地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 法定代表人（负责人）姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 经办人姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| CA锁邮寄信息（收件人姓名、电话、邮编、地址） |  |
| **2**．证书业务申请 |
| 申请类型 | ☑证书申请  |
|  |
| **3**．申请单位 |
| 单位名称：    年 月 日 |
|
|
|

附件（营业执照彩色扫描件作为附件）：

**数字证书采集注意事项，请务必仔细阅读：**

1、《数字证书申请表》的所有内容需要编辑成word文档模式，不得书写填表，填写的资料信息要与营业执照信息保持一致。

2、营业执照用扫描仪扫描并添加到《数字证书申请表》附件中。

3、联系电话必须填写手机号码。

4、机构类型：生产企业、配送企业选择“04药企”。

5、邮寄信息填写真实有效地址，如因个人原因填写错误无法收到CA锁，造成的一切后果由企业自行承担。

6、CA锁初始密码：nhsa1234。

7、上传资料时请将文件名称修改为单位全称。