附件1

海安市非公立医疗机构药品价格自查情况报告表

填报单位（盖章）： 填报日期：2021年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位地址 |  | 法定代表人 | |  | | 联系电话 | | |  | |
| 自查情况 | 自主定价药品平均加价幅度： %  其中最高幅度： % 最低幅度： %  自主定价药品平均加价金额： 元  其中最大差额： 元 最低差额： 元 | | | 对本院信息系统（HIS）数据库清理规范情况 | |  | | | | |
| 整改情况 | 另附自查整改书面报告 | | | 内部价格管理  制度建立情况 | |  | | 明码标价（收费公示）情况 | |  |
| 有关建议、意见 |  | | | | | | | | | |
| 价格（收费）  工作联系人 |  | 联系电话 |  | | 电子邮箱 | |  | | | |

单位负责人（签字）： 填报人（签字）：