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）：