附件2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 海安市非公立医疗机构药品加价率告知表 | | | | |
|  |  |  | |
| 医疗机构：（盖章） 日期： 年 月 日 | | | |
| 单个品种（药品  零售包装）实际进价 | 加价率 | | 备 注 |
| 10元以下 |  | |  |
| 10-50元（含） |  | |  |
| 50-100元（含） |  | |  |
| 100-500元（含） |  | |  |
| 500元以上 |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 填报人： | 联系电话： | |  |