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： |  |