附件3

新增医疗服务项目价格调整说明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构名称** |  | | |
| **物价联系人** |  | **联系电话** |  |
| **项目名称** |  | **计价单位** |  |
| **现行备案价格** |  | **拟调整价格** |  |
| 调整原因： | | | |
| 医疗机构意见：  （公章）  填报日期： 年 月 日 | | | |