

镇江市新增试行医疗服务项目自主定价告知表

医疗机构: (盖章)  医疗机构类别 (打√): 一类☐ 二类☐ 三类☐ 告知日期: 2024 年 6 月 4 日

编 码	项 目 名 称	项 目 内 涵	除 外 内 容	计 价 单 位	告 知 价 格 (元)	执 行 日 期	说 明
220202004	超声骨密度检测			次	40	2024.6.11	

注: 本表一式3份, 医疗机构、医保局、卫健委各一份

法人代表签字: 徐军

经办人签字: 陈慧

联系电话: 88770113