**附件3**

**遵义医学院附属口腔医院诊疗优惠单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 就诊人姓名 |  | 性 别 |  | 就诊日期 |  |
| 工作单位 |  | | | | |
| 诊疗科室 |  | | | | |
| 诊疗项目名称 |  | | | | |
| 诊疗单据号 |  | | | | |
| **优惠折扣** | ○8折 ○7折 ○6折 ○5折  ○4折 ○3折 ○2折 | | | | |
| **院领导签字** |  | 日 期 | |  | |
| 主诊医生签字 |  | 经办人签字 | |  | |

**备注：**此诊疗优惠单仅限低于8折折扣优惠人员填写。