

山东省医院协会文件

鲁医协发〔2024〕86号

关于山东省医院协会收取会费的通知

各会员单位：

会费是行业协会活动经费的主要来源，是协会为会员服务物质保障。按规定交纳会费是会员单位应履行的义务，前期我会印发《关于换发单位会员证书和收取会费的通知》，大部分会员单位都及时足额缴纳了相关费用，但仍有部分会员单位未履行相应义务。根据《山东省医院协会章程》第三章第十二条规定，再次向相关会员单位收取2024—2026年度会费，有关事项如下：

一、会费标准

三级医院 3000 元/年。

二级医院 2000 元/年。

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）500 元/年。

根据《山东省医院协会会费管理办法》的相关规定，为

提高工作效率，提升服务能力，原则上建议各会员单位一次性缴纳 2024—2026 年度会费。特殊情况也可一年一缴。

二、缴费时间

本轮会费收取时间至 2024 年 11 月 30 日。

三、开户信息

开户名称：山东省医院协会

账 号：632081644110001

开 户 行：招商银行济南分行营业部

四、其他事项

（一）协会的健康发展与持续壮大，离不开每一位会员单位的鼎力支持与积极参与，为确保协会各项工作的顺利开展，持续为会员单位提供更加优质、高效的服务，请各会员单位积极履行会员义务，按时缴纳会费，感谢各会员单位的大力支持。

（二）我会收取会费开具正式发票，作为会员单位记账依据。

（三）请使用对公账户转账。对公转账后，填写《山东省医院协会会员单位信息表》（附件 1），加盖公章后，将扫描件发送至我会组织机构部邮箱。协会收到转账和信息表后，将及时开具山东省社会团体会费票据（电子）（附件 2）发送至缴费单位所填邮箱。

（四）《山东省医院协会会员单位信息表》电子版也可至山东省医院协会官网（<http://www.sdsyyxh.com>）资料下载版块自行下载。

五、联系人及联系方式

组织机构部：黄 倩 0531-87069977；

孙 健 0531-87069977， 15562550601；

财 务 部：张平平 0531-82959922， 18396872339；

组织机构部邮箱：sdsyyxhhyzzb@163.com。

附件：1. 山东省医院协会会员单位信息表

2. 山东省社会团体会费票据（电子）式样



附件 1

山东省医院协会会员单位信息表

填表时间：年 月 日

会员单位名称 (盖公章)		地址	
电子邮箱		医院 电话	
医院类型 (以√表示)	<input type="checkbox"/> 综合医院 <input type="checkbox"/> 专科医院 <input type="checkbox"/> 民营医院		
医院等级 (以√表示)	<input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 未评级		
联系人姓名		职务	电话
开票信息	名称: 纳税人识别号: 地址电话: 开户行及账号:		

注：请如实正确填写以上信息，填写盖章后请将扫描件发送至组织机构部邮箱：sdsyyxhhyzzb@163.com。

附件 2

山东省社会团体费票据（电子）式样

山东省社会团体费票据（电子）



票据代码：
付款人统一社会信用代码：
付款人：

票据号码：
校验码：
开票日期：

项目编号	项目名称	单位	数量	标准	金额（元）	备注
金额合计（大写）			（小写）			
其他信息						



收款单位（章）：山东省医院协会

复核人：

收款人：