

山东省医院协会文件

鲁医协发〔2025〕28号

关于山东省医院协会收取会费的通知

各会员单位：

协会的蓬勃发展与稳健前行，紧密依托于每个会员单位的坚实支撑与热忱投入。为保障山东省医院协会工作的正常开展，切实履行行业服务职能，持续为大家呈献更具专业性的优质服务，进一步推动我省医疗卫生事业发展，根据《山东省医院协会章程》第三章第十二条规定，现向会员单位收取2025-2026会费。请各会员单位按规定交纳会费，积极履行义务，对各会员单位长久以来给予协会的支持表示衷心的感谢。有关事项通知如下：

一、会费标准

三级医院 3000 元/年。

二级医院 2000 元/年。

一级医院及乡镇卫生院（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，原则上倡议各会员单位一次性缴纳 2025-2026 会费，根据单位实际情况可选择按年度逐年缴纳。

二、缴纳方式

请各会员单位在 2025 年 6 月 30 日前将会费汇款至以下账户，在汇款备注栏注明单位名称及所交会费年份。

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

三、其他事项

（一）各单位缴纳会费时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。我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），作为会员单位记账依据，发送至缴费单位所填邮箱。

（二）《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。

四、联系人及联系方式

组织机构部：孙 健 0531-87069977，15562550601；

黄 倩 0531-87069977；

财 务 部：邵艳丽 0531-82959922；

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： 交款人统一社会信用代码： 交款人：				票据号码： 校验码： 开票日期：		
项目编码	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：		