附件

民营医疗机构口腔种植专项治理相关事项确认书

1.医疗机构名称：上街怡口康口腔门诊部（盖章）。

2.经营地址：河南省郑州市上街区（县）中心路 83-3 号。

3.医疗机构等级：□三级；□二级；□一级及以下；☑未定级。

4.是否提供口腔种植服务：☑是；□否。（选否则终止作答）

5.现有口腔种植服务相关医师人数：1；护士人数：4；开展口腔种植的牙椅数：1。

6.是否落实种植牙医疗服务全流程价格调控：□是；☑否。

选否请说明理由：存有集采外的种植体系统，开展有延保服务。

7.是否实施种植体集中带量采购结果：☑是；□否。

选否请说明理由：_____。

8.是否实施牙冠竞价挂网结果：☑是；□否。

选否请说明理由：_____。

填报人姓名：邢发欣，职务：法人，联系方式：18939526319