

附件

公立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: 郑州市口腔医院红专路门诊部 (盖章)。
2. 经营地址: 河南省郑州市金水区(县)红专路63号附1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: 3; 护士人数: 9; 开展口腔种植的牙椅数: 3。
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: _____。
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: _____。
9. 本单位承诺: 积极实施种植体系统集采结果和牙冠竞价挂网结果, 全面执行口腔种植医疗服务价格和耗材“零加成”政策, 主动公示价格信息, 接受社会监督。(在下列横线承诺)
积极实施种植体系统集采结果和牙冠竞价挂网结果, 全面执行口腔种植医疗服务价格和耗材“零加成”政策, 主动公示价格信息, 接受社会监督。

填报人姓名: 谷克晓, 职务: 副主任, 联系方式: 18739900299