

## 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：\_金水德诺口腔门诊部\_ (盖章)。
2. 经营地址：\_河南\_省\_郑州\_市\_金水\_区(县)\_南阳路 46 号 1-2 层附 4 号、附 5 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：\_2\_；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：\_\_\_\_\_。
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：本门诊部没有网站。

填报人姓名：贾德强，职务：医生，联系方式：18530965120