

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：__郑州市金水区中贝口腔门诊部__（盖章）。
2. 经营地址：__河南省_郑州市_金水区东风路28号院18号楼1层商13号、2层商25号、23号楼2层商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：__10__；护士人数：__14__；开展口腔种植的牙椅数：__2__。
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：_____。

填报人姓名：__赵震__，职务：__主任__，联系方式：__15637117028__