

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：_____金水贝尔口腔门诊部_____（盖章）。
2. 经营地址：_____河南省郑州市金水区（县）_____经三路6号院1号楼6-8号一、二层。
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人_____；护士人数：_____2人_____；
开展口腔种植的牙椅数：_____2台_____。
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：_____无合作申报企业_____。

填报人姓名：_____李倩_____，职务：_____行政_____，联系方式：_____15003836209_____