

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: 金永互齿家口腔门诊部 (盖章)。
2. 经营地址: 河南省郑州市金水区(县)天明路120号(国械2版002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: _____; 护士人数: _____;
开展口腔种植的牙椅数: _____。
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: 郭晶晶, 职务: 法人, 联系方式: 13513899185