# 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：金水萌芽口腔门诊部（盖章）。

2.经营地址：河南省郑州市金水区（县）东风路28号院11号楼1-2层商12号2楼。

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：__1_；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：_____。

填报人姓名：杨大勇，职务：法定代表人，联系方式_18037772828