

# 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: 郑州市金水区张剑口腔诊所 (盖章)

2. 经营地址: 河南省郑州市金水区(县) 杨金路聚云科技园1133号 楼-后SP-62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: \_\_\_\_\_。

填报人姓名: 张剑, 职务: 负责人, 联系方式: 13938276001