附件

**公立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：新乡市第一人民医院（盖章）。

2.经营地址：河南省新乡市卫滨区一横街63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：2人；护士人数：0人；开展口腔种植的牙椅数：1把。

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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

9.本单位承诺：

积极实施种植体系统集采结果和牙冠竞价挂网结果，全面执行口腔种植医疗服务价格和耗材“零加成”政策，主动公示价格信息，接受社会监督。

填报人姓名：张劢职务：口腔科副主任，联系方式：15503738706