附件4

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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（盖章）。

2.经营地址：\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_区（县）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

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.目前口腔种植相关医疗服务的定价形式：

□执行本地区医疗服务价格主管部门制定的政府指导价；

□本单位自主制定和调整价格，希望继续保持当前定价形式不变；

□本单位自主制定和调整价格，希望纳入政府指导价管理。

7.本单位承诺：积极参与种植牙耗材集中带量采购，根据临床需要如实填报需求量；并积极配合口腔种植收费全流程专项治理，响应医疗服务价格全流程调控目标。（在下列横线承诺）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填报人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_