附件2

**中国非公立医疗机构协会**

**口腔分会专家信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 地 区 |  | 学 历 |  | 照片 |
| 学 位 |  | 职 称 |  | 政治面貌 |  |
| 单 位 |  | 职 务 |  |
| 身份证号 |  | 业务擅长 |  |
| 电子信箱 |  | 办公电话 |  |
| 通讯地址 |  | 移动电话 |  |
| 社会兼职情况 |  |
| 个人专业特长及成果介绍（可另附页） |
| 申请人签名（单位推荐的须加盖公章） | 中国非公立医疗机构协会审核意见 |
| 年 月 日 | （协会公章）年 月 日 |

附件3

**评价专家服务承诺书**

一、评价专家根据中国非公立医疗机构协会（以下简称总会）口腔分会（以下简称分会）的工作委托，对社会办医疗机构负责服务能力星级评价工作。在分会评价领导小组领导下开展工作，接受分会行业评价专家组组长的工作指导和统筹安排。

二、评价专家参加评价工作前，应当认真学习和熟练掌握《医疗机构能力评价管理办法》及相应的医疗机构能力评价标准，掌握评价流程和评分方法，实事求是、公平公正的执行评价工作任务。

三、所有评价专家对所涉及医疗机构的行业评价信息和团体标准应当予以保密，未经总会同意，不得擅自随意外传、打印、复制或售卖等。

四、评价专家在能力评价过程中，应当遵循民主集中制的原则，充分发表个人意见，少数服从多数，并最终服从评价专家组的集体决议。

五、所有评价专家应当严格遵守廉洁奉公和规范评价行为，不得收取被评医疗机构任何礼品财物等。除指定工作人员外，评价专家在能力评价现场禁止擅自录音录像。

六、评价专家应当全程参与能力评价工作，不得中途无故缺席或更换人员。

**以上承诺系本人自愿，并严格遵守。若有违反，造成负面后果的，本人同意接受总会对其有关法律法规及经济责任的追究。**

承诺人：

时 间： 年 月 日

附件4

**口腔分会2021年度**

**信用与能力评价确认书**

 （医疗机构全称）：

由你单位申报，经总会口腔分会评价领导小组研究决定，同意你单位参加我会组织的2021年度信用与能力评价，有关事项确认如下：

一、信用评价启动时间：2021年 月 日开始（具体时间以实际启动为准），由总会会同具有资质的第三方信用评价机构开始收集医疗机构有关信用评价的信息及数据，请参评医疗机构根据《医疗机构信用评价管理办法》（2021年修订版）做好准备，予以配合。

二、能力评价启动时间：2021年 月 旬开始（具体时间以实际启动为准），请你们依据总会《医疗机构能力评价管理办法》（2021年修订版）的规定，组织动员本单位职工做好评前准备工作。

参评医疗机构签字（盖章） 中国非公立医疗机构协会

口腔分会（盖章）

2021年 月 日 2021年 月 日

附件5

**参评医疗机构承诺书**

中国非公立医疗机构协会口腔分会：

我单位 （医疗机构全称）对所提供的评价申报材料、评价打分佐证材料及其他各种信息的真实性、准确性做出承诺，不存在重大遗漏或虚假信息，不会对本次行业评价工作产生误导性影响，若有主观故意误导，本医疗机构将自行承担全部法律或经济责任。

承诺单位（盖章）：

单位法人签字：

承诺日期： 年 月 日

附件6

**能力评价专家意见表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **参评单位名称** |  | **评价内容** |  |
| **能力评价时间** |  | **评价专家** |  |
| 一、对被评价单位（部门、科室）的总体评价二、被评价单位（部门、科室）在管理及服务中的亮点三、被评价单位（部门、科室）的主要问题及整改建议 专家签名：  年 月 日  |