|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公 示 | | | | | | | | | | | |  |
| 根据《中华人民共和国行政许可法》等有关法律法规和有关规定，现对 | | | | | | | | | | | |  |
| **北京置地鑫象口腔诊所** | | | | | 医疗机构变更的相关情况予以公示， | | | | | | |  |
| 征求利害关系人意见。 |  | | | | | | | | | | |  |
| 1.医疗机构类别： | | **口腔诊所** | | | | | | | | | |  |
| 2.医疗机构执业地点： | | **北京市西城区黄寺大街23号5号楼1层23号、24号、25号、26号-1、27号-1、28号** | | | | | | | | | |  |
| 3.医疗机构诊疗科目： | |  | | | | | | | | | |  |
| **口腔科、医学影像科；X线诊断专业\*\*\*** | | | | | | | | | | | |  |
| 4.医疗机构床位（牙椅）数： | | | | | | | 3 | | | | |  |
| 5.医疗机构设置人（设置申请人）： | | | | | | |  | | | | |  |
| 公示时限：自公示日起五个工作日。 | | | | | | | | | | | |  |
| 对此项行政许可存有异议者，在公示期内可以书面形式将意见递交至 | | | | | | | | | | | |  |
| 北京市西城区卫生健康委员会 | | | 。意见提交方应在书面意见中写明具体意 | | | | | | | | |  |
| 见，说明利害关系，对其真实性和有效性负责，并注明联系人和联系方式。 | | | | | | | | | | | |  |
| 递交意见地址：北京市西城区宣武门外大街8号西城区政务服务中心二层综合窗口 | | | | | | | | | | | |  |
| 咨询电话： 82141584 | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | 2022 | | 年 | | 4 | 月 | 28 | 日 |  |