附件2

**贵州省医疗保障信用评价异议申请表**

**申请时间： 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位（人） |  |
| 法 人 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 信用评价异议信息描述 |  |
| 申请理由（可附页） | 年 月 日（盖章） |
| 信用承诺 | 本单位（人）承诺所填写内容和提交的相关材料真实准确，否则由此产生的相应后果自负。签字：（盖章） |
| 备注 |  |