附件4

**贵州省医疗保障信用修复申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（人） |  | | |
| 法 人 |  | 统一社会  信用代码 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 申请修复的失信信息内容描述 | XXXX年XX月XX日，因\*\*\*\*行为被处以\*\*\*罚款或者解除协议等（可提供页面打印件或复印件） | | |
| 申请信用修复的理由 | 符合《贵州省医疗保障信用管理暂行办法》第XX条规定等（可提供页面打印件或复印件） | | |
| 申请人承诺 | 本单位（本人）声明，提交的材料真实有效。  法定代表人（自然人）签字：（盖章）  申请日期： 年 月 日 | | |