

附件 7

定点医药机构医保信用修复申请书

医药机构	机构名称			
	统一社会信用代码		联系电话	
不良信用	文书号		时间区间	
<p>本单位声明，已主动纠正失信行为、消除不良影响、履行处理决定，现申请信用修复，后附整改报告和佐证材料。</p> <p>公章： 日期：</p>				

医疗保障经办机构意见：

公章

日期：

本文书一式两份，经办机构留存一份，医药机构留存一份。