附件4

信用修复申请表（模板）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 失信主体基本情况 | 名称 | （填写法人单位名称或自然人名称） |
| 统一社会信用代码 | （自然人填写身份证号） |
| 联系方式 |  |
| 申请修复的失信信息内容 | 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《自治区医疗保障信用管理办法》规定 | 按第五部分规定：符合□ 不符合□ |
| 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 | | |