附件6

不予信用修复告知书（模板）

 编号：

 ：

我中心于 年 月 日收到你（单位）提出的 申请，经审查，不符合《自治区医疗保障信用管理办法》 规定，决定不予信用修复。

如不服本决定，可以自收到本告知书之日起 5 个工作日内，向 提出异议申请。

单位名称（公章）

 年 月 日

经办人： 经办人电话：