附件6

重庆市医疗保障基金监管医务人员

信用承诺书

本人（姓名） 作为（单位全称） 医务人员，有效身份证号码 ，郑重承诺：

在提供医疗服务、药品销售等过程中，严格遵守国家法律法规、规章和政策规定，合规使用医保基金、正确执行医保政策。自愿接受医保信用监管，不产生欺诈骗取医保基金行为，若违反承诺事项，本人自愿承担相应法律责任并接受信用联合约束和惩戒。惩戒措施包括但不限于：暂停医保支付资格；纳入医保失信黑名单，接受医保、卫生健康等部门给予的相关处罚。

承诺人姓名：

年 月 日