河南省医疗保障

信用评价异议信息处理申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（人） |  | | |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 异议信息描述 |  | | |
| 申请理由  （可附页） | 年     月    日  （盖章） | | |
| 信用承诺 | 本人承诺所填写内容和提交的相关材料真实准确，否则由此产生的相应后果自负。    签字：      （盖章） | | |
| 备 注 |  | | |