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 |  |