

附件 5

## 不予信用修复告知书

编号：

我局于 年 月 日收到你（单位）提出的\_\_\_\_\_申请，经审查，不符合《汕尾市医疗保障信用管理办法（试行）》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：