

附件 2

执法“观察期”告知书

****〔 〕第 号

当事人：_____（名称/姓名）

地址：_____

经查实，你（单位）存在以下违法事实：_____

（如“****年**月**日，某药店初次串换药品，涉及基金损失 800 元”）。上述行为违反了《_____》第 条第 款规定。

鉴于你（单位）符合《汕尾市医疗保障执法“观察期”制度》第 条第 款（如“初次违法且危害后果轻微”）的情形，决定对你（单位）适用执法“观察期”制度，具体事项如下：

整改要求：_____

（如“10 日内追回违规基金，提交整改报告并完善药品管理制度”）

观察期限：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
（共 日）。

若在观察期内完成整改且未发现新违法行为，将依法不予处罚；若未完成整改、整改不合格或再次违法，将依法给予行政处罚。

特此告知。

执法部门（盖章）：_____

年 月 日

送达方式：直接送达 邮寄送达 其他_____

当事人签名（盖章）：_____ 日期：_____

执法部门（盖章）：_____ 日期：_____