

附件 3

信用修复申请表

失信主体 基本情况	名称	(填写法人单位名称或自然人名称)
	统一社会信用代码	(自然人填写身份证号)
	联系方式	
申请修复 的失信信 息内容	失信信息内容描述	xxxx 年 xx 月 xx 日, 因****行为被处以***罚款或者解除协议等(可提供页面打印件或复印件)
申请信用 修复的理 由	符合《汕尾市医疗保障信用管理办法(试行)》规定	第二十九条规定: 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>
<p>本单位(本人)声明, 提交的材料真实有效。</p> <p>法定代表人(自然人)签字: (盖章)</p> <p>申请日期:</p>		