附 7

# 信用修复确认通知书

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请修复的失信主体 | 名 | 称 |  |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | |  | | | | | |
| 法定代表人 | | |  | | 联系方式 | |  | |
| 失信信息内容 | | |  | | | | | |
| 医疗保障部门意见 | 修复条件认定情况 | | | 经核实，不良信息主体已履行法定责任和义务，社会不良影响基本消除。  至申请日，不良信息已披露年 x 个月，期间未产生新的记入信用档案的同类不良信息。 | | | | | |
| 修复处理意 见 |  |  | 经办人： | | 单位（盖章） | | 年 | 月 | 日 |