附 6

# 不予信用修复告知书

编号：

XXXX单位:

我局于 年 月 日收到你（单位）提出的申请，经审查，不符合《浙江省医疗保障信用管理办法》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。

 （公章） 年 月 日

经办人： 经办人电话：