常德市医疗保障信用承诺书

本人(机构)自愿参与医疗保障信用体系建设，接受信用体系建设的有关制度，加强自我约束，现作出以下承诺：

一、遵守医疗保障相关法律、法规、规章；

二、严格执行医疗保障政策，诚信履行服务协议，维护医疗保障基金安全；

三、自愿接受医疗保障部门依法依规开展的监督检查和信用评价，服从信用评价结果开展的相关应用；

四、自觉接受政府、行业协会、社会公众、新闻舆论的监督， 积极履行社会责任；

五、不断促进医疗保障基金安全高效使用， 全力维护参保人 员医疗保障合法权益。

自然人及身份证号码： (签章)

自然人所在机构：

机构名称： (签章)

统一社会信用代码：

机构负责人：

日期：