附件3

信用修复申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 失信主体基本情况 | 姓名 |  |
| 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\*\*\*\*\*\*（可提供页面打印件或复印件） |
| 申请信用修复的理由 | 符合《金华市医保医师信用管理办法（暂行）》规定 | 符合□   不符合□ |
| 本人声明，提交的材料真实有效。  签字：  申请日期： | | |