附件7

**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《宁夏回族自治区医疗保障基金使用监管信用管理办法（试行）》规定** | 第三十条规定：符合□ 不符合□ |
|  | | |
| 本单位（本人）声明，提交的材料真实有效。 | | |
| 法定代表人（自然人）签字： （盖章） | | |
| 申请日期： | | |