附件8

**不予信用修复告知书**

**编号：**

我局于年月日收到你（单位）提出的申请，经审查，不符合《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， 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。

单位名称（公章）

年  月  日

经办人：                    经办人电话：