附件9

**信用修复确认通知书**

**编号：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请修复的失信主体** | **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） | | |
| **法定代表人** |  | 联系方式 |  |
| **失信信息内容** |  | | |
| **医疗保障部门意见** | **修复条件 认定情况** | 经核实，不良信息主体已履行法定责任和义务，社会不良影响基本消除。         至申请日，不良信息已披露年 x 个月， 期间未产生新的记入信用档案的同类不良信息。 | | |
|
| **修复处理意见** |  | | | |
|  | | | |
| 经办人：          单位（盖章） | | | |
| 年  月    日 | | | |