附件1

工伤保险定点医疗服务机构协议管理申请承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 经营性质 |  |
| 所有制形式 |  | 服务对象 |  |
| 医疗机构类别 |  | 医疗机构等级 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | | |
| 医保结算编号 |  | 邮政编码 |  |
| 申请事项办理人 |  | 联系电话 |  |
| 申请  单位  意见 | 自愿承担宁波市工伤保险服务，申请成为工伤保险定点医疗服务机构协议管理单位，并对以下事项作出承诺：  承诺知晓申请工伤保险定点医疗服务机构协议管理的相关流程和要求，如签订服务协议，严格按工伤保险政策和协议要求规范提供工伤保险服务，如有违法违规行为，将承担相应责任。    （单位印章）  （法人代表印章）  经办人签字：  申请时间 年 月 日 | | |