证明事项告知承诺书

一、申请人基本信息

姓名（名称）：

联 系 方 式：

证 件 类 型：

证 件 编 号：

二、行政机关告知

（一）政务服务事项名称

基本医疗保险协议定点药品经营单位业务开通申请

1. 证明事项（证明材料）内容

药品经营许可证

1. 证明事项设定依据

《曲靖市医疗保障局关于印发曲靖市基本医疗保险服务协议管理实施意见的通知》（曲医保〔2019〕23号）

（四）告知承诺适用对象

本证明事项申请人可自主选择是否采用告知承诺替代证明，申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。

（五）本证明事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应当向行政机关提交本人签字后的告知承诺书原件。

本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

（六）承诺效力

申请人书面承诺具备与证明材料同等效力。

（七）不实承诺责任

对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法依规处理。

三、申请人承诺

申请人现承诺持有以下符合要求和有关规定的材料（在□里打√）

□药品经营许可证

本人已认真阅知并准确理解行政机关告知的全部内容，并对承诺内容的真实性、准确性负责。

以上所作承诺均为申请人的真实意思表示，申请人愿意承担由于本人不实承诺、违反承诺所产生的一切法律后果。

承诺人（签名/盖公章）： 行政机关（公章）：

年 月 日 年 月 日