工伤保险定点医疗机构协议管理承诺书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 自愿承担景德镇市工伤保险服务，申请成为工伤保险定点医疗协议管理单位，并对以下事项作出承诺：  承诺知晓申请工伤保险定点医疗机构协议管理的相关流程和要求，对所提交材料真实性负责 。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 | | |