附件2

申请北京市医疗保障定点医疗机构承诺书

我单位自愿申请成为北京市医疗保障定点医疗机构, 遵守医疗保障各项规章制度，愿做以下承诺：

一、本医疗机构在申请定点医疗机构过程中所报资料真实、合法、有效，如有不实，愿意承担一切责任、后果，3年内不再申请。

二、本医疗机构近3年无医疗保障不良信用记录，近3个月无卫生行政、中医、药品监管、市场监管等有关部门给予的处罚、处理等违规记录（包括曾经使用名称的违规记录）。医疗机构法定代表人、主要负责人和实际控制人3年内无医疗保障不良记录，不在失信被执行人名单中。

三、执行国家和本市物价政策。

四、诚信合法执业，无弄虚作假行为。

五、本医疗机构不设承包、租赁科室。

六、能够自行配备符合医保信息系统使用要求的硬件设备、信息系统软件改造和医保网络的接入。

七、积极配合医疗保障管理部门的工作，如不能按时完成各项准备工作，愿自动放弃本次签订医疗保障定点医疗机构服务协议。

八、我单位不会以任何形式干扰医疗保障经办机构工作，不向工作人员赠送礼品、礼金、有价证券等，不安排宴请或其他活动，如有违反，自愿被取消申请资格。

九、我单位如本次签订医疗保障定点医疗机构服务协议，自签订协议之日起，无特殊原因，一年内不增加执业地址、不变更机构类别。

法人签字： 单位名称（章）：

年 月 日

（注：一式两份。申请单位、所在区医疗保障经办机构各留存一份）

管理责任承诺书

定点医疗机构名称 (定点编码 ）同意 社区卫生服务站(或 村卫生室)申请成为北京市医疗保障定点医疗机构。

我单位将监督 社区卫生服务站(或 村卫生室)遵守医疗保障各项规章制度。如 社区卫生服务站(或 村卫生室)成为北京市医疗保障定点医疗机构后，出现违反协议条款约定的情形，我单位愿意承担管理责任。

法人代表： 单位名称（公章）：

年 月 日

（注：社区卫生服务站、村卫生室用。一式两份。申请单位、所在区医疗保障经办机构各留存一份）

管理责任承诺书

养老机构名称 同意 养老机构内设医疗机构名称 申请成为北京市医疗保障定点医疗机构。

我单位将监督 养老机构内设医疗机构名称 遵守医疗保障各项规章制度。如 养老机构内设医疗机构名称 成为北京市医疗保障定点医疗机构后，出现违反协议条款约定的情形，我单位愿意承担管理责任。

法人代表： 单位名称（公章）：

年 月 日

（注：养老内设医疗机构用，一式两份。申请单位、所在区医疗保障经办机构各留存一份）