

附件

## 长宁区定点医疗机构自查整改报告

长宁区医疗保障局：

经医保监督检查，我单位在自查期间存在下列违规行为(可举例)：

- 1.
- 2.
- 3.

上述违规行为，我单位开展了下列整改措施(即知即改、限期整改等)：

- 1.
- 2.
- 3.

我单位现承诺，在区医保局开展复查前，我单位将对上述违规行为进行有效整改，如违反承诺愿意接受相应处理。

法人签字(签章)

单位盖章(公章)

年 月 日