附件1

定点医药机构相关人员承诺书

本人 ，身份证号码 ，

严格遵守相关法律法规规定，认真落实定点医药机构相关人员医保支付资格管理要求，履职尽责，郑重作出以下承诺：

1.严格遵守《中华人民共和国医师法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第3号)等法律法规和政策规定；

2.严格执行医疗保障政策，诚信履行医保服务协议，坚决维护医保基金安全；

3.确保提供的所有资料或信息均合法、真实、有效，并对所提供资料的真实性负责；

4.自愿接受医保专业知识培训；

5.自愿接受医疗保障行政部门和医疗保障经办机构依法依规开展的监督检查；

6.自觉接受其他行政部门、行业组织、社会公众、新闻舆论的监督；

7.发生违反医保法律法规、政策规定及服务协议相关行为，依照相关规定接受医疗保障部门给予的记分与处理，并依法依规承担相应责任。

若违反上述承诺，自愿接受处理。

承诺人（签字）：

单位（盖章）：

年 月 日