附件2

河北省卫生健康领域包容免罚告知承诺书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 当事人情况 | 姓名/名称 |  | 身份证件号 /信用代码 |  |
| 地址 |  | 联系电话 |  |
| 违法 行为 告知 |  年 月 日,执法人员 、 ，在 （检查的地点或其他案件线索来源）,发现当事人存在 的违法行为，根据《 》第 条第 款第\_ 项的规定，应当处以 （处罚内容）。经查，当事人的违法行为符合包容免罚的适用条件。执法人员已向当事人宣传了相关法律法规规章的规定，现责令当事人立即改正口/于 年 月 日前整改完毕，改正要求如下：  |
|  |
| 执法人员签名： 执法证号： 执法人员签名： 执法证号：  年 月 日 |
| 当事 人承 诺 |  （执法单位全称）：执法人员已向本人（单位）进行了相关告知和法制宣传教育，并要求予以改正。本人（单位）对以上情况确认无误，并自愿承诺：□ 1.在 年 月 日前改正；□2.遵守 法律法规规章的规定。若本人（单位）未履行上述承诺的，愿依法承担相应的法律责任。签名或盖章：年 月 日 |
| 备注 | （注明当事人的改正情况并核査后，执法人员签名） |
|  |
|  |
| 执法人员签名： 年 月 日 |