附件2：

个人承诺书（样式）

本人 身份证件号码： ，

办理 业务。本人具有 等相关资料（或证明），但因个人原因无法提供。本人承诺符合此业务办理条件，承诺事实真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

说明：医疗保障部门将对承诺事实进行核查，发现承诺不实的，将做出依法终止办理、责令限期整改、撤销行政决定或者予以行政处罚的决定，依托各级信用信息共享平台和行业信用信息系统，将对不实承诺或者逾期不履行承诺的不诚信行为记入行政相对人信用信息档案，并通过“信用中国（甘肃）网”予以公示。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

委托人（签名、指印）：

年 月 日