附件2

承 诺 书

本单位承诺所提交的六师医疗保险定点医疗机构服务申请相关材料真实、合法、有效，如有不实，愿意承担一切责任、后果。

申请单位法人 （签章） 年 月 日

申请单位 （签章） 年 月 日