附件4

定点医药机构相关人员违规行为

记分事先意见书

文号：

|  |  |
| --- | --- |
| 医药机构代码 |  |
| 定点医药机构名称 |  |
| 责任认定 | 经调查，发现你单位存在 等问题，现已被 医疗保障局依据 给予□行政处罚 □协议处理，决定文书文号 。 请根据此次违法违规行为所起的作用大小，明确相关责任人员的责任。 公章： 日期： |
| 定点医药机构反馈 |  按照此次违法违规行为所起的作用大小，我单位相关责任人员的责任如下（可增行）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相关责任人员 | 医保代码 | 身份证号 | 姓名 |
| 一般责任人 |  |  |  |
| 重要责任人 |  |  |  |
| 主要责任人 |  |  |  |

  公章： 日期： |
| 相关责任人员签字 |  日期： |