

附件 2

四川省省本级医疗保障定点医药机构 解除服务协议申请书

四川省医疗保障事务中心：

本单位（机构名称_____）
国家编码_____），因_____的原因，现自愿申请解除服务协议，本单位对申请内容的真实性负责，如有提供虚假不实材料或未按要求合法合规提交申请，将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。

特此申请。

（单位公章）

法定代表人签字：

年 月 日

单位经办人：

联系电话：