附件2

四川省省本级基本医疗保险定点医药机构

解除服务协议申请书

四川省医疗保障事务中心：

本单位（医保编码 ）因 的原因，现自愿申请解除定点服务协议，并对申请内容的真实性负责，如有提供虚假不实材料，本单位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）

法人代表签字：

 年 月 日

单位经办人： 联系电话：