附件2

博湖县医疗保障局医保基金社会监督员

报名人员诚信声明

1.本人承诺社会监督员报名表的内容真实、有效，本人符合社会监督员的选聘条件，并认真履行医保基金社会监督员相应职责。

2.本人无犯罪记录及严重失信行为，接受医疗保障行政部门的指导，秉持公心，依法开展医保基金社会监督工作。

本人签字：

年 月 日