承 诺 书

永平县医疗保险中心：

本单位承诺：所有上交填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。

法定代表人签字：

单位签章：

年 月 日