

巨鹿县医疗保障局

检查笔录

时间： 2021 年 7 月 23 日 9 时 10 分至 2021 年 7 月 23 日 16 时 30 分

检查地点： 巨鹿县 XX 药房

被检查人姓名或名称： 巨鹿县 XX 药房

被检查人身份证号或统一社会信用代码： 121305024018628888

联系电话： 0319-8888888

见证人姓名： 联系电话：

见证人身份证号码：

执法人员表明身份、出示证件及被检查人确认的记录：执法人员（问）：我们是 巨鹿县 医疗保障局的行政执法人员 张飞、马超，这是我们的执法证，编号 E500000123、E50000023，请过目确认：我确认。

今天我们依法进行检查并了解有关情况，你（单位）应当配合检查，如实提供材料，不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。如果你认为检查人员与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你（单位）是否申请检查人员回避： 申请回避； 不申请回避。

你（单位）有权对本次检查提出陈述、申辩。被检查人的陈述、申辩意见：

无

检查情况： 1、

被检查人签名： 孟达 2021 年 7 月 23 日

检查人签名： 张飞 马超 2021 年 7 月 23 日

记录人签名： 赵云 2021 年 7 月 23 日

见证人签名： 年 月 日

2、 _____

3、 _____

.....

被检查人阅读确认意见： 已经本人审核、补正，无误。

见证人阅读确认意见： _____

被检查人签名： 孟达 2021 年 7月23日

检查人签名： 张飞 马超 2021 年 7月23日

记录人签名： 赵云 2021 年 7月23日

见证人签名： _____ 年__月__日