

## 辦理醫事機構戒菸服務補助計畫 切結書

為辦理國民健康署醫事機構戒菸服務補助計畫(以下簡稱本計畫)，茲聲明並同意下列勾選事項：

本機構及所屬醫事人員於過去5年內：(必須擇一勾選)

未有 違反本計畫契約書或遭健保署停約1年以上等重大違規情事。

曾有 違反本計畫契約書或遭健保署停約1年以上等重大違規情事，

說明如下：

變更醫事機構代碼之聲明事項(若有，始需勾選及填寫)：

\_\_\_\_\_ (原機構名稱) (機構代碼：\_\_\_\_\_，負責人\_\_\_\_\_ ) 為戒菸服務合約醫事機構，因故歇業，無違反本計畫契約書或遭健保署停約1年以上等重大違規情事，由本機構承接原機構戒菸服務相關紀錄資料、執行情形及參與「戒菸服務品質改善措施」並配合該措施之相關規定。

以上表述各節列為本醫事機構與衛生福利部國民健康署所立之「醫事機構戒菸服務補助計畫契約」之一部份，特立此切結書，嗣後如經發現有不實情事，願負一切法律責任。

### 立書人

醫事機構名稱：

醫事機構代碼：

醫事機構地址：

負責人：

簽章：

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

中華民國

年

月

日