附件7

2023年度考核现场检查工作廉政反馈表

填表单位（盖章）： 填表日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被检查单位地址 |  | | |
| 被检查单位现场负责人姓名： 联系电话： | | | |
| 检查  日期 |  | 对工作人员现场检查工作总体评价（好、一般、差） |  |
| 市医保中心现场检查工作在遵章守纪方面存在的问题 | **请如实在以下各项具体内容后的“□”内打“√”：**  一、有无利用工作名义或个人职权关系，向被检查单位谋取个人非法私利。（□有□无）  二、有无接受被检查单位的任何纪念品、礼品、礼金、消费卡和有价证券。（□有□无）  三、有无让被检查单位支付或补贴餐费、交通费，有无私自使用被检查单位的交通工具。（□有□无）  四、有无参加被检查单位安排的宴请、旅游、娱乐和联欢等活动。（□有□无）  五、有无利用检查工作时间看病购药，或打招呼带亲属朋友看病购药，（□有□无）  六、有无以打招呼等任何方式影响或干扰检查业务的开展，或泄露与检查业务有关的工作秘密和信息。（□有□无）  七、有无故意摆“架子”、找“岔子”，刁难被检查单位，制造障碍和拖延检查时间。（□有□无）  八、有无向被检查单位推销商品或介绍业务。（□有□无）  **其它需要反映的问题：** | | |
| 对市医保中心现场检查工作的意见和建议 | 签名： | | |

**注：**请填写好此表后邮寄到广州市越秀区梅东路28号广州市医疗保险服务中心1005室，邮编510600。请于检查后5个工作日内寄出，逾期视为无意见；广州市医疗保险服务中心纪检监督电话：87653171。